

Çalışma Yaşamıyla İlgili

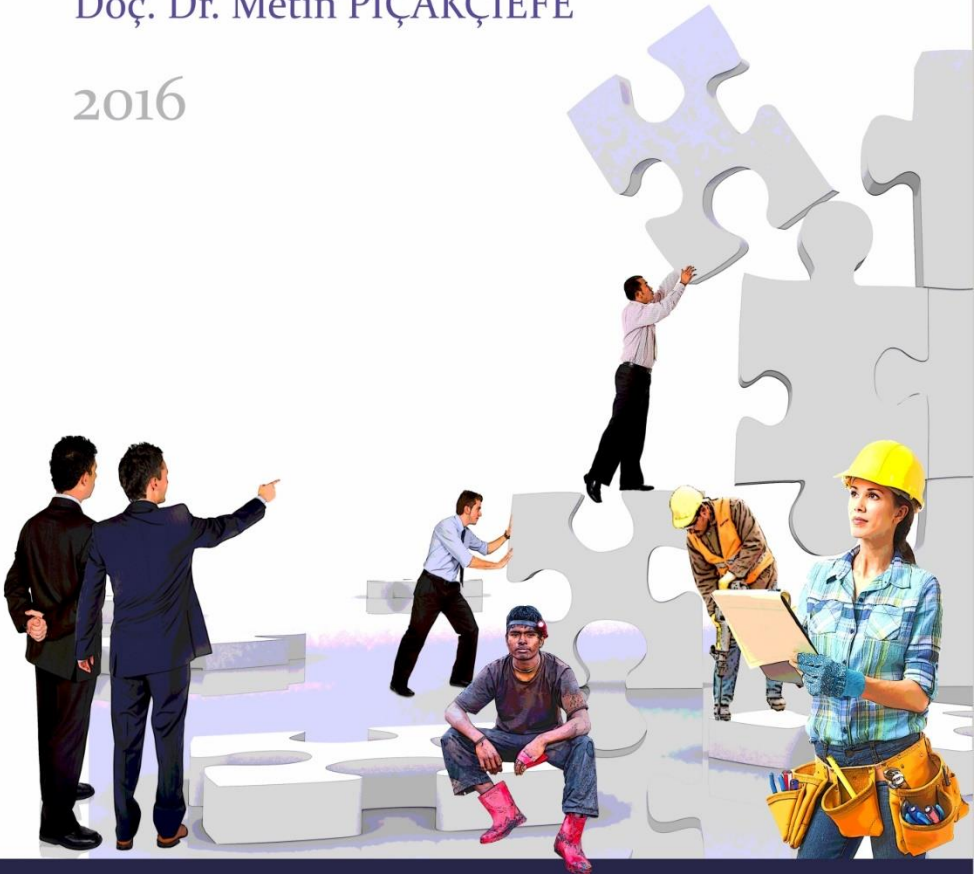


Özel Konular

Editör

Doç. Dr. Metin PIÇAKÇIEFE

2016



Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

Çalışma Yaşamıyla İlgili Özel Konular

Editör

Doç.Dr. Metin PİÇAKÇİEFE



Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

2016

Sahibi:

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)

HASUDER Yayın No: 2016/3

Bu kitabın tüm yasal hakları Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'ne ait olup, kurumun izni olmaksızın depolanamaz, kopyalanamaz ve çoğaltılamaz. Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz.

Kitapta yer alan yazılardaki görüşlerden ilgili yazar/yazarlar sorumludur, HASUDER sorumluluk kabul etmez.

ISBN: 978-605-66954-0-7

2016, Turkish Society of Public Health Specialists /
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

Printed by/Baskı:

Editör

Doç.Dr.Metin PIÇAKÇIEFE

Yazarlar (Unvan ve soyadına göre)

Prof.Dr. Ferruh N.AYOğLU

Prof.Dr. Melikşah ERTEM

Prof.Dr. Mustafa N.İLHAN

Prof.Dr. Halim İŞSEVER

Prof.Dr. Ferdi TANIR

Prof.Dr. Ali Naci YILDIZ

Doç.Dr. Metin PIÇAKÇIEFE

Kapak Tasarım

Özden İŞIKTAŞ

Sunuş

Değerli Okuyucular,

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği(HASUDER) 1995 yılında kuruluşundan itibaren üyelerinin Halk sağlığı alanındaki çalışmalarını kamuoyu ile paylaşmayı ilke edinmiştir. Derneğimiz, Çalışma Grupları aracılığı ile alanımıza ait konularda görüş ve bilgi oluşturmaktadır.

Sizlere sunduğumuz “Çalışma Yaşamıyla İlgili Özel Konular” başlıklı kitap HASUDER İş Sağlığı Çalışma Grubu üyeleri tarafından yazılmıştır. İş Sağlığı alanında tartışılan bazı konuların alan profesyonelleri tarafından ayrıntılı olarak tartışıldığını göreceksiniz.

Emek veren üyelerimize teşekkür ediyoruz.

HASUDER Yönetim Kurulu

Sunuş

“Çalışma Yaşamıyla İlgili Özel Konular” başlıklı kitabımızı hazırlarken HASUDER İş Sağlığı Çalışma Grubumuzun gönüllü üyelerinin değerli katkılarından yararlanılmıştır.

Kitabın hazırlanmasında toplam yedi yazar katkı sağlamıştır ve kitapta çalışma yaşamını çok yakından ilgilendiren yedi önemli başlık bulunmaktadır.

İlk konu başlığımızı değerli hocam, Ferruh Ayoğlu hazırladı. Konu başlığımız ise “Şimdi Daha Karanlık”. Yazıda; meslek hastalığının tanılama sürecinde girdiği uzun karanlık yoldan, bir kesit olarak bahsediliyor.

İkinci konu başlığı “Toplum Sağlığı Merkezlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri” olarak belirlendi. Ali Naci Yıldız hocamın daha fazla emek harcadığı ve benimde katkı sağladığım, birlikte hazırladığımız yazının içeriğinde; Ülkemizdeki iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin örgütlenmesi ile ilgili modellerden, TSM’lerin kuruluş tarihçesinden, İSG hizmetlerindeki rolünden, görev ve sorumluluklarından, ilgili yasal düzenlemelerden ve bazı önerilerden bahsedilmektedir.

Çalışma yaşamının çok eski ve bir o kadar da önemli bir sorununu Ferdi Tanır hocam bu kitapta konu başlığı olarak ele aldı. Çocuk işçiliğini; kavramı, nedenleri, sonuçları ve önlenmesi alt başlıklarında irdeledi.

Dördüncü konu başlığımızı ise “İyonize Olmayan Radyasyonun Sağlığa Etkileri” olarak belirledik. Halim İşsever hocamız bu konuyu;

genel bilgiler, sağlığa zararları ve korunma alt başlıklarında, sağlık ile iyonize olmayan radyasyon arasındaki ilişkiyi kuracak şekilde derledi.

“Çalışma Yaşamıyla İlgili Özel Günler” başlığı ise benim tarafımdan hazırlandı. Yazımda çok iyi bilinen iki önemli günü; “Uluslararası Kadınlar Günü” ve “Dünya İş Sağlığı ve Güvenliği Günü” n literatür işığında inceledim.

Diğer bir konu başlığımız “Çalışma Yaşamında Psikososyal Risk Etmeleri” dir. Konuyu bizim için hazırlayan Mustafa N.İlhan hocamız yazıda; psikososyal risk etkenlerini, riskli işkollarını, işyerindeki kaynakları, lme tekniklerini ve korunmayı değerlendirmiştir.

Gücün sağlığa etkisi, göçmenlerin sağlık sorunları ve czm nerileri konu alt başlıkları kitabımızın son konularıdır. Güncel olan bu konuları Melikşah Ertem hocam “G ve Sağlık” başlığı altında yazdı.

Günümüzde alışma yaşamını yakından ilgilendiren çok sayıda ve farklı konular olmasına rağmen ne yazık ki kitabımızda daha azına yer verilebilmiştir. Kitap içindeki iş sağlığını ilgilendiren konuların ve yazarların sayısının önümüzdeki yıllarda daha da artacağını umut ediyorum.

Konu başlıkları ve içerikleri ile ilgili görüşler tamamen yazarlara aittir. Değerli katkılarından dolayı yazıları hazırlayan tüm hocalarıma, kitabın ortaya çıkmasına sağladıkları destek ve verdikleri fırsat için HASUDER Yönetim Kurulunun değerli üyelerine teşekkür ederim.

Saygılarımla

Doç.Dr.Metin PIÇAKÇIEFE

İÇİNDEKİLER

1. Sunuş 3
2. Şimdi daha karanlık:
Prof.Dr. Ferruh N. AYOĞLU 7
3. Toplum sağlığı merkezlerinde İSG hizmetleri: 18
Prof.Dr. Ali Naci YILDIZ
Doç.Dr. Metin PIÇAKÇIEFE
4. Çocuk işçiler: 23
Prof.Dr. Ferdi TANIR
5. İyonize olmayan radyasyonun sağlığa etkileri: 30
Prof.Dr. Halim İŞSEVER
6. Çalışma yaşamıyla ilgili özel günler: 36
Doç.Dr. Metin PIÇAKÇIEFE
7. Çalışma ortamındaki psikososyal etmenler: 41
Prof.Dr. Mustafa N.İLHAN
8. Göç ve Sağlık: 54
Prof.Dr. Melikşah ERTEM

ŞİMDİ DAHA KARANLIK

Prof.Dr. Ferruh N. AYOĞLU

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sağlık ve/veya sağlıksızlık, sosyal ve kültürel özellikleri de içeren çevresel ve bireysel çok sayıda etkenin karşılıklı ve karmaşık etkileşimi sonucu ortaya çıkan bir durum. Üzerinde uzunca bir zamandır konuşulan, yazılan, tartışılan önemine sıkça vurgu yapılan sağlık sorunlarından birisi de meslek hastalıkları. Bireyin yaşamını sürdürebilmek için "neredeyse zorunlu" bir biçimde içinde yer aldığı çalışma yaşamının, çalışanlar/işçiler üzerinde iş kazaları, meslek hastalıkları ya da iş ile ilgili hastalıklar gibi "olumsuz sağlık etkileri"ne sahip olabileceğine yönelik bilgilerimiz de aynı derecede eski/yaşlı kökenlere sahip. Engels'in (1820-1895) insanlık tarihinin en vahşi dönemlerinden birinin aktarıldığı ve iş-sağlık etkileşiminin sayısız örnekleriyle dolu "İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu" başlıklı kitabı, daha öncesinde, hekimlere hastalarının yaptığı işi sormalarını öğütleyen Ramazzini'nin (1633-1714) "De Morbis Artificum Diatriba" başlıklı kitabı, daha da önce, Paracelsus'un (1493-1541) ilk iş hekimliği kitabı kabul edilen "De Morbis Metallicis" başlıklı kitabı, Agricola'nın (1494-1555) işçiler için korunma yöntemleri önerileri içeren "De Re Metallica" başlıklı kitabı bu anlamda hemen akla gelen klasik örnekler.

Bunca "önem" atfedilen konuyu düşünürken aklıma geldi, Nusret Fişek'in yazdığı "Halk Sağlığı'na Giriş" kitabına baktım. Öğrenciliğimin son yılında Halk Sağlığı, programdaki adıyla "Kırsal Hekimlik" stajını yaparken, Halk Sağlığı'na yönelmemde büyük etkisi olan Prof.Dr. Çiğdem Bumin'in "ilgini çekeceğini düşünüyorum" diyerek verdiği, asistanlık yıllarından itibaren önemini ve değerini daha iyi anladığım, sağlığa, tıbbı, hekimliğe yönelik pek çok konunun son derece yalın ve basit/anlaşılır bir biçimde anlatıldığı kitaba baktım. Fişek, Grotjahn'dan yaptığı alıntıda, "en önemli" hastalıkları, "toplumda en çok öldüren, en sık görülen ve en çok sakat bırakan hastalıklar" olarak vurguluyor. Üstelik, daha asistanlığın başındayken öğretmişlerdi ustalar, "sayılar önemlidir" demişlerdi.

Sayılar baktım; 2014 yılında meslek hastalığı sayısı 494; mevcuttaki en son "resmi" sayı bu. "Sayılar önemlidir ama onları yorumlamak, başka sayıları da görmeyi, hızlara, oranlara dönüştürmeyi, gerektirir" diyen seslerini anımsadım ustaların.

Yeniden baktım sayılara. Meslek hastalığı sayısı 2007 yılında 1208 imiş. Sonra, 539 olmuş 2008'de; 2009'da 429'a gerilemiş, yükselip 2010'da 533, 2011'de 697 olmuş; sayılar 2012 için 395, 2013 için 351. Tablo-1'e yerleştirdim sayıları, sonra aktif olarak çalışan her 100 bin işçiye karşılık kaç meslek hastalığı görülüyor diye hesaplayıp, işçi sayılarıyla birlikte ekledim tabloya; 2007 yılında 100 bin çalışan için 14.21 olan sıklık hızı, 2014'de 3.54 olmuş. Tablo 2007-2014 yıllarını içeriyor olmakla birlikte, meslek hastalığı sayısı 1995'de 975, 1996'da 1115, 1997'de 1055, 1998'de 1400, 1999'da 1025, 2000'de 803, 2001'de 883, 2002'de 601, 2003'de 440, 2004'de 384, 2005'de 519, 2006'da 574.

Tıbbiyede anlatılanları, okuduklarımızı düşününce, bu sayılar bir rahatlık algısı yaratıyor insanda; "çok da önemli değil galiba" diye algılayabiliyor insan. Ama, zaman zaman benim de içinde bulunduğum, bunca tartışma, bunca bilimsel toplantı, yazılanlar çizilenler rahat bırakmıyor insanın içini.

Olsun, sayılar ve sıklık hızları düşük gibi ama "belki de ölümcül bir şeydir bu meslek hastalıkları" diye düşünüyor insan haliyle. Merak ettim, meslek hastalığı nedeniyle ölen var mı? Görece detaylı bilgiye ulaşabildiğim 2007-2014 yılları arasında en çok ölüm 2010 ve 2011'de olmuş; onar kişi. 2009, 2013 ve 2014'de meslek hastalığı nedeniyle ölen yok; 2007, 2008 ve 2012'de ise birer kişi. Ardından, 100 bin işçiye düşen meslek hastalığına bağlı ölüm sayısını hesapladım. En yüksek 2010 ve 2011 yılında, sırasıyla 0.10 ve 0.09; 2007'de 0.02, 2008 ve 2012'de 0.01; 2009, 2013 ve 2014'de haliyle "0" zaten. Bu değerleri de Tablo-1'e ekledim.

Tablo 1. Yıllara göre işçi, meslek hastalığı ve meslek hastalığına bağlı ölüm sayıları ile beklenen meslek hastalığı sayısı, meslek hastalığı sıklık hızı, meslek hastalığına bağlı mortalite hızı

Yıl	İşçi sayısı ^a	Meslek hastalığı sayısı	Beklenen meslek hastalığı sayısı	Meslek hastalığına bağlı ölüm sayısı	Meslek hastalığı sıklık hızı ^b	Meslek hastalığına bağlı mortalite hızı ^b
2007	8505390	1208	34022-102065	1	14,21	0,02
2008	9574873	539	38300-114899	1	5,63	0,01
2009	9618438	429	38474-115421	0	4,46	0
2010	10575935	533	42304-126911	10	5,04	0,10
2011	11547134	697	46189-138566	10	6,04	0,09
2012	12527337	395	50109-150328	1	3,16	0,01
2013	13136339	351	52545-157636	0	2,68	0
2014	13967837	494	55871-167614	0	3,54	0

a: Tabloda yer alan 2008-2014 yıllarına ait işçi sayıları Sosyal Güvenlik Kurumu istatistik yıllıklarında belirtilen "aktif sigortalı sayısı"nı, 2007 yılı için Sosyal Güvenlik Kurumu istatistik yıllığında yer alan "kayıtlı işyerlerindeki sigortalı sayısı"nı yansıtmaktadır.
b: 100 bin işçi için.

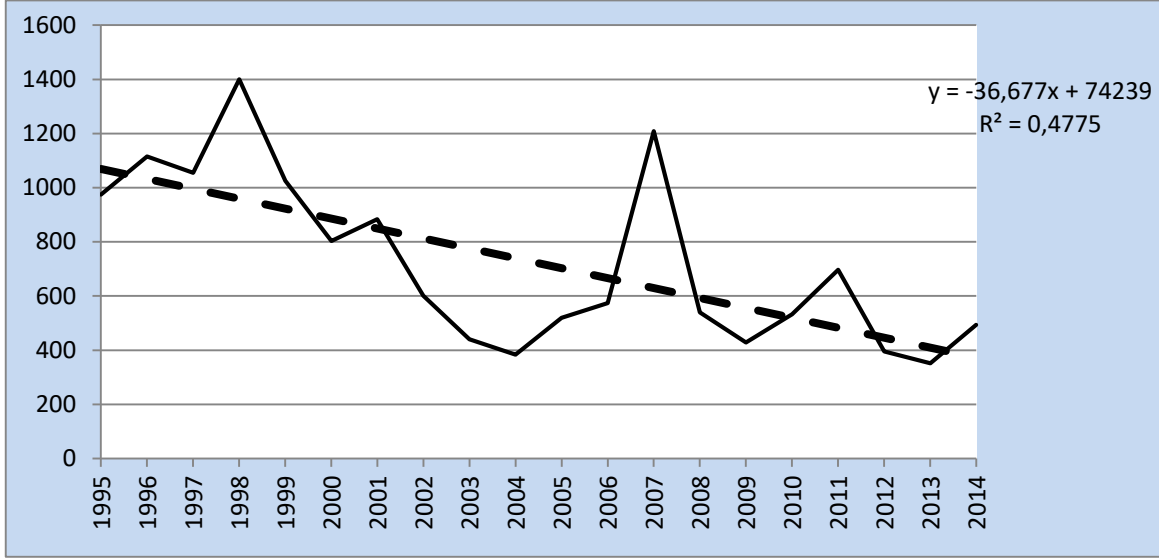
Son haline ulaşan Tablo-1'e bakıp da işin içinden çıkmak zor; sorulara takılmadan ya da yeni sorular üretmeden yorum yapmak olanaksız gibi. Böyle olunca, başka bir soru geliyor insanın aklına. Rakamlar gerçeği yansıtmıyor mu acaba? Bir buzdığı ile karşı karşıyayız da alt kısmını göremiyor muyuz acaba? Sorun hastalananlarda değil, onlar hastalanmaya devam ediyor da biz mi bulamıyoruz/göremiyoruz acaba? Buzdağının bütünü düşünürken bir başka kitap geldi aklıma; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bir kitabı, Meslek Hastalıkları Rehberi. Kitabın Giriş bölümünün Meslek Hastalıkları Epidemiyolojisi alt başlığında "ülkeler arasında değişmekle birlikte, yılda her bin işçi için 4-12 yeni meslek hastalığı olgusu beklenmelidir" yazıyor. Bu durumda, beklenen olgu sayılarını da hesaplayıp ekledim Tablo-1'e. Sonra, garip bir iyimserlik havası ile beklenenin binde 4 olduğu üzerinden bildirilenlerin/tespit edilenlerin oranına baktım. Niye binde 12 üzerinden hesaplamadın diye sormayın. Dedim ya garip bir iyimserlik havası, belki biraz da ülkeme torpil yapma isteği işte. 2007-2014 yılları

arasındaki 8 yılda 357814 olgu beklerken 4646 olgu tespit edilmiş; beklenen olguların binde 13'ü; yıllara göre baktığımızda binde 6.7-35.5 arasında değişiyor. Başka bir ifade ile, 8 yıllık bu süreçte her 1000 meslek hastalığı olgusundan 13'ünü yakalayıp tespit etmişiz, 987'si buhar olup uçmuş.

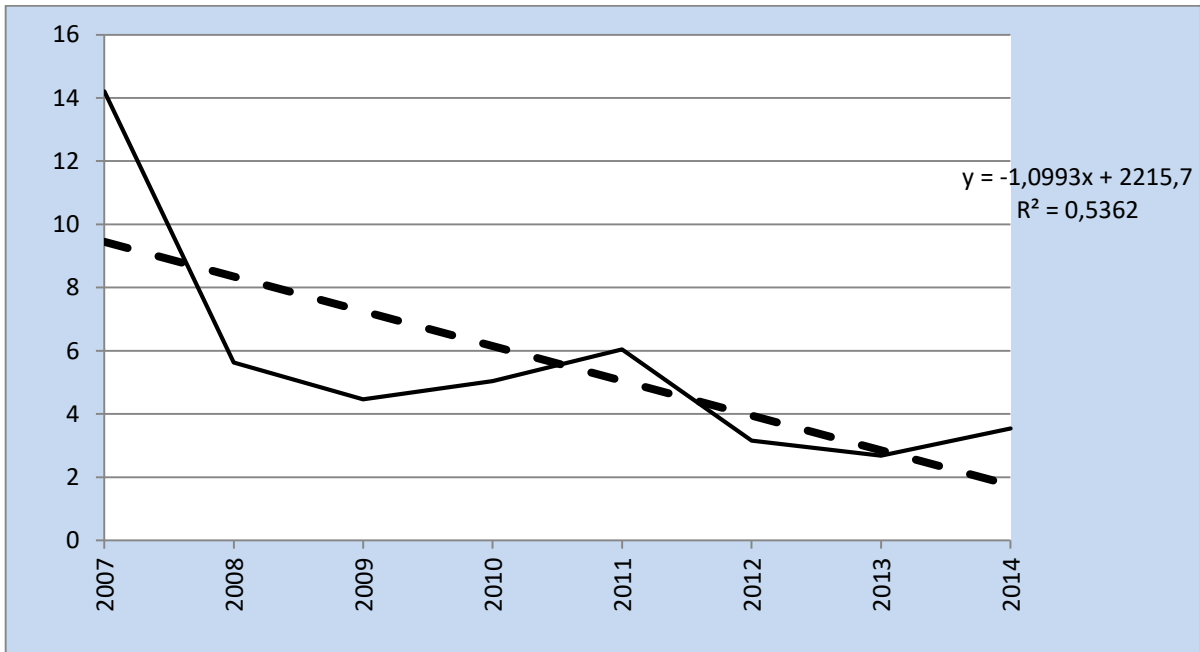
Sonra, Hacettepe Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği Meslek Hastalıkları Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin internet sayfasında paylaşılan bir sunum geldi aklıma. Sunumda farklı ülkelere ait Dünya Sağlık Örgütü kaynaklı veriler paylaşılmış. İnsan merak ediyor haliyle. Örneğin, bizim buzdığımızın binde 11.2'sini görebildiğimiz 2009 yılında başka ülkeler kendi buzdıklarının ne kadarını görebilmişler? Tabii bu hesabı yaparken de o ülkeler için belirtilen binde 4'lük alt sınırı kullandım. İsveç buzdığının neredeyse yarısını görebilmiş; binde 497.9. Letonya ve Finlandiya'da görme yeteneği daha iyi; sırasıyla binde 698.8 ve binde 626.9. Görünen kısım Norveç'te binde 243.8, Almanya'da binde 109.2 iken, Beyaz Rusya'da binde 9.5, Moldova'da binde 2.8 kadar. Belli ki, görme sorunları da oldukça yaygın, üstelik ülkeden ülkeye de değişiyor.

Bunlara bakıp, "bizde işler iyi gidiyor, bir miktar görme bozukluğumuz varsa da bu diğer ülkelerde de var, hatta bazı ülkelerde görme bozukluğu daha da ileri seviyede" diye düşünmek olası tabii. Neyse, kafamız daha da karışmasın diyerek diğer ülkeleri bir kenara bırakıp biz kendi verilerimize dönelim yine. Karmaşıklığın yol açtığı rahatlık bu kadarla da kalmıyor. Ustalar "sayılara bakarken onları şekillere dönüştürüp bir bakın" deyip grafikler yapmamızı önerirdi. Ben de 1995-2014 yılları arasında tespit edilen meslek hastalığı sayılarını bir grafiğe döktüm (Şekil-1), eğilim çizgisi ve formülünü ekledim. Görünen odur ki, süreç içerisinde, tespit edilen meslek hastalığı sayısı da azalmaktadır. Aynı şekilde dönüştürme işlemi meslek hastalığı sıklık hızı için de yaptım (Şekil-2). Beklenen sonuç; meslek hastalığı sıklığı da azalıyor. Hal böyle olunca olumlu düşüncemizi genişleterek, yukarıdaki tümceye "üstelik giderek azalıyor"u da ekleyebiliriz. Tabii bir diğer olasılık da görme bozukluğu halinin "ilerleyici" bir niteliği olması. Hazır iki şekil çizmişken merak edip bir küçük "çılgın" hesap yaparak, işler böyle giderse eğilim çizgisi formülünde yılı gösteren "x" değeri hangi yıla geldiğinde meslek hastalığı sayısını gösteren "y" değeri sıfır olur hesaplayabiliriz. Hesaplayınca, 2024.1 çıkıyor; işler böyle giderse 2025'e vardığımızda sorun kalmayacak. Aynı hesabı meslek hastalıkları sıklık hızı için de yapmak olası, ancak hesap sonucunu, daha fazla kafa

karışıklığına yol açmamak için buraya yazmak istemedim. Bu aşamada, ileride yeniden değinmemiz gerekebilir düşüncesiyle bir noktayı daha anımsamak yararlı olacaktır. Bireyin görme/görebilme yetisi sadece sahip olduğu biyolojik sistemin sağlıklı olup olmadığı ile ilişki değil. Sıfır karanlık olarak adlandırdığımız "mutlak karanlık" durumunda sağlıklı bireyin de görebilme yetisi yok. Görebilmek için ışığa ya da başka bir ifadeyle aydınlığa ihtiyacımız var.



Şekil 1. 1995-2014 yılları arasında tespit edilen meslek hastalığı sayılarının yıllara göre dağılımı



Şekil 2. 2007-2014 yılları arasında 100 bin çalışan için meslek hastalığı sıklık hızının yıllara göre dağılımı

Şüphesiz ki, bu noktada, üzerinde konuşulacak fazla bir şey yok diye düşünerek, acaba sorun görme bozukluğu mu, yoksa ortamın aydınlık olup olmadığı mı gibi sorulara takılmadan hülyalı uykulara dalmak olası. Ama sorular var ya işte, izin vermiyor; bunca tartışma, bunca bilimsel toplantı, yazılanlar çizilenler aklından çıkmıyor insanın; hani "bir açıklaması vardır elbet" diyor ya şair. Meslek hastalıklarının iki temel özelliği var ki, değinmemek olası değil. Bilir ve Yıldız'ın "İş sağlığı ve Güvenliği" başlıklı kitabının Meslek Hastalıklarında Genel İlkeler bölümünde şöyle yazıyor: "Gerçekte çalışanların sağlık sorunları arasında meslek hastalıkları çok sık değildir. Ancak bu hastalıkların mesleğe özgü olması ve korunulabilir olması nedeniyle meslek hastalıkları iş sağlığı konuları arasında önemli bir yer tutar." Öyleyse, sayılara, sayıların gerçeği yansıtıp yansıtmadığına, görme bozukluklarına takılmadan yolumuza devam edebiliriz. Üstelik bu bilgi, tartışmalara, toplantılara, yazılıp çizilenlere de bir açıklama getirebilir.

Devam edelim. Değinmemiz gereken özelliklerden ilki meslek hastalığı ile yapılan iş arasındaki "doğrudan nedensel" ilişki. Başka bir ifadeyle, insanlar belirli bir işi yaptıkları için belirli bir hastalığa yakalanıyor. Hastalık etkenini bilmek tıbbiyelileri güçlendiren bir durum; neyle savaşaçağımızı açıkça biliyoruz. Halk Sağlığı disiplininin temel ilkelerinden yola çıkarsak bireyi ve toplumu korumak için yapmamız gereken açık: Etkeni ortadan kaldırmak. Nedenin işin kendisi olduğunu da bildiğimize göre, bir adım ilerleyerek işi ortadan kaldırmamız mümkündür. Ancak bu her zaman olası olmayabilir. O zaman da işin işçiye zarar vermesini önleyebiliriz. Üstelik, işin işçiye zarar vermesinin önlenmesi işin sahibinin, diğer adıyla işverenin yasal yükümlülüğü. Bunun nasıl yapılabileceğine yönelik bilgilerimiz de azımsanacak derecede değil. Böylece meslek hastalıklarının ikinci temel özelliği de ortaya çıkıyor; "korunulabilir" olmak. Biraz daha ilerlemeden bir saptama yapabiliriz: Herhangi bir toplumda, herhangi bir anda, herhangi bir meslek hastalığının ortaya çıkması, işin sahibi olan işverenin görevini yerine getirmediğinin "açık" bir göstergesidir.

Meslek hastalıklarının "işe özgü" olmasından ve "korunulabilir" olmasından yola çıkarak biraz daha ilerleyebiliriz. Hastalıkların neler olduğuna bakıp, bunların hangi işlerde ortaya çıktığını tespit ederek sorunla savaşmaya başlayabiliriz. Daha önce sayılarla ilgili başvurduğumuz Sosyal Güvenlik Kurumu istatistik yıllıkları bize bu konuda bilgi veriyor.

Bu kapsamdaki bilgiler meslek hastalıklarını her biri alt başlıklar içeren 5 ana grupta sunuluyor. Grup-A, kimyasal nedenli meslek hastalıklarını içeriyor ve 47 alt başlığı var. Grup-B, deri hastalıklarını kapsıyor, deri kanserleri ve prekanseröz deri hastalıkları ile kanserleşmeyen deri hastalıkları şeklinde iki alt başlığı var. Grup-C, pnömokonyozlar ve diğer solunum sistemi hastalıklarını içeriyor, 9 alt başlığı var. Grup-D, bulaşıcı hastalıklara ait, 4 alt başlığı var. Son olarak Grup-E, fiziksel etkenlere bağlı hastalıkları yansıtıyor ve 12 alt başlığı var. Bu aşamada, görece daha detaylı bilgiye sahip olduğumuz 2007-2014 yıllarını kapsayan döneme yönelik olarak, alt başlıklara girmeden bir genel değerlendirme tablosu yapmayı düşünebiliriz. Ancak, bu mümkün değil. Söz konusu gruplandırma 2012 yılından sonra başka bir gruplandırmaya dönüşüyor. Dolayısıyla, Tablo-2, yukarıda değindiğimiz gruplamaya uygun olarak 2007-2012 yıllarını kapsayabiliyor. Bu tabloya bakıp, 2007, 2008 ve 2009'da liderliği elinde bulunduran pnömokonyozlar ve diğer solunum sistemi hastalıklarının 2010 ve 2011'de liderliği kimyasal nedenli meslek hastalıklarına kaptırıp, sonra yine atak yaparak 2012'de yeniden liderliği aldığını da söyleyebiliriz.

Tablo 2. 2007-2012 yılları arasında tespit edilen meslek hastalıklarının hastalık gruplarına göre dağılımı

Yıl	Grup-A		Grup-B		Grup-C		Grup-D		Grup-E	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2007	168	13.9	7	0.6	1017	84.2	1	0.1	15	1.2
2008	151	28.0	1	0.2	363	67.3	2	0.4	22	4.1
2009	163	38.0	4	0.9	230	53.6	4	0.9	28	6.6
2010	314	58.9	-	-	142	26.6	39	7.3	38	7.2
2011	373	53.5	17	2.4	212	30.4	9	1.3	86	12.4
2012	77	19.5	1	0.3	271	68.5	7	1.8	39	9.9

* Tabloda yer alan "%" değerleri satır yüzdesi olarak verilmiştir.

Değindiğimiz gruplama değişimine bağlı olarak 2013 ve 2014 yılına ait bilgileri Tablo-3'de biraraya getiriyoruz. Yeni gruplamada öncekilerden farklı olarak 15 ana grup bulunuyor: 32 alt başlığı bulunan AB Grubu "bazı enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar", 16 alt başlığı bulunan C Grubu "malign ve neoplazmalar", 5 alt başlığı bulunan D Grubu "kan ve kan yapıcı organların hastalıkları ve immün sistemin bazı bozuklukları", hafif bilişsel bozukluk şeklinde 1 alt başlığı bulunan F Grubu "mental ve davranışsal bozukluklar", 12 alt başlığı bulunan G Grubu "sinir sistemi hastalıkları", 4 alt başlığı bulunan H1 Grubu "göz ve adnekslerin hastalıkları", iç kulakta gürültünün etkileri

şeklinde 1 alt başlığı bulunan H2 Grubu "kulak ve mastoid çıkıntı hastalıkları", raynoudsendromu şeklinde 1 alt başlığı bulunan I Grubu "dolaşım sistemi hastalıkları", 45 alt başlığı bulunan J Grubu "solunum sistemi hastalıkları", toksik karaciğer hastalığı şeklinde 1 alt başlığı bulunan K Grubu "sindirim sistemi hastalıkları", 33 alt başlığı bulunan L Grubu "deri ve derialtı dokunun hastalıkları", 6 alt başlığı bulunan M Grubu "kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları", 2 alt başlığı bulunan N Grubu "genitoüriner sistem hastalıkları" ve Z Grubu "listede olmayan başka bir hastalık".

Buraya kadar saydıklarımız 14 ana grup ediyor. Ana grup sayısına 15 dememizin nedeni ilk grubun "AB Grubu" olarak belirtilmesi değil, listenin sonuncu grubu; "sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan sigortalı sayısı". Ancak, sözünü ettiğimiz bu gruptaki sayılar deyim yerindeyse "ürkütücü". Bu duruma ilişkin yazacaklarımızı ilerleyen satırlara bırakıp devam edelim.

Herhangi bir işçiye çalışma yaşamı sonlandıktan sonra meslek hastalığı tanısı koyulması ya da kişide çalışma yaşamı sonlandıktan sonra tespit edilen bir hastalığın meslek hastalığı olduğu kararına varılması beklenmedik bir şey değil; yaşam pratiğinde karşılaşılabilecek/karşılaştığımız bir durum. Örneğin, Zonguldak'ta yapılan bir çalışmada 2008 yılında Zonguldak Uzun Mehmet Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesi'nde kömür işçisi pnömokonyozu tanısı koyulan 457 maden işçisinin hastane dosyaları incelenmiş ve olgulardan 446'sına (%97.6) işten ayrıldıktan ortalama 10.8 ± 4.7 yıl sonra tanı koyulduğu saptanmıştı. Meslek hastalıklarının doğal seyri ve özellikleri, tıbbi gözetimlerin yeterli olup olmadığı, kişilerin işten ayrıldıktan sonra da kayıt dışı bir biçimde çalışıp çalışmadıkları ya da hastalığın meslek hastalığı olduğuna karar verilmesi için yaşanan yasal süreç bu durumun nedenleri olabilir. Yukarıda değindiğimiz çalışmada 2008 yılı içerisindeki başvurular incelenmiş ve 457 dosyaya ulaşılabilmiş iken, pnömokonyozlar ve diğer solunum sistemi hastalıkları grubunda istatistiklere yansıyan olgu sayısı 2008'de 363, 2009'da 230 idi. Bu durum özellikle meslek hastalığı tanısının kesinleşmesi için gereken yasal sürecin ne denli uzun olduğunu da destekler nitelikte.

Tablo 3. 2013 ve 2014 yıllarında tespit edilen meslek hastalıklarının hastalık gruplarına göre dağılımı

Hastalık grubu	2013		2014	
	n	%	n	%
AB Grubu Bazı enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar	2	0.6	-	-
C Grubu Malign ve neoplazmalar	-	-	1	0.2
D Grubu Kan ve kan yapıcı organların hastalıkları ve immün sistemin bazı bozuklukları	-	-	2	0.4
F Grubu Mental ve davranışsal bozukluklar	-	-	-	-
G Grubu Sinir sistemi hastalıkları	1	0.3	7	1.4
H1 Grubu Göz ve adnekslerin hastalıkları	-	-	1	0.2
H2 Grubu Kulak ve mastoid çıkıntı hastalıkları	7	2.0	24	4.9
I Grubu Dolaşım sistemi hastalıkları	-	-	-	-
J Grubu Solunum sistemi hastalıkları	75	21.3	115	23.2
K Grubu Sindirim sistemi hastalıkları	-	-	-	-
L Grubu Deri ve derialtı dokunun hastalıkları	3	0.9	6	1.2
M Grubu Kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları	8	2.2	23	4.7
N Grubu Genitoüriner sistem hastalıkları	-	-	-	-
Z Grubu Listede olmayan başka hastalık	40	11.4	85	17.2
Sigortalılığı sona erdikten sonra meslek hastalığı teşhisi konulan sigortalı sayısı.	215	61.3	230	46.6
Toplam	351	100.0	494	100.0

* Tabloda yer alan "%" değerleri sütun yüzdesi olarak verilmiştir.

Bu aşamada durum biraz daha netleşiyor işte. Sayılar, şekiller, tablolar derken bir noktaya ulaşıyoruz. "Sorun çok da önemli değil galiba", "zaten giderek azalıyor" veya "diğer ülkelerde de benzer sorunlar var" türünden tümcelere inandırıp kendimizi, hülyalı uykulara dalmak olası değil. Hele de bilim insanları için hiç değil; Halk Sağlığı disiplini içinse hiç mi hiç değil. Ve yine açık ki, bunca tartışma, bunca bilimsel toplantı, yazılanlar ve çizilenler boşa değil; gerçekçi ve gerekli.

Evet, daha önce de değindiğimiz "görme bozukluğu" hali apaçık ortada. Üstelik de "sistematik" nitelikte. Hatta bu hal, ilk tablodaki sayıları da, bu sayılardan türeyen iki şekli de "biraz" da olsa açıklamaya olanak tanıyabilir. Görme yetisi ile ilgili daha önce yazdıklarımızı yeniden anımsayalım: Görme yetisi sadece biyolojik sistemin sağlıklı olup olmadığı ile değil, baktığımız ortamın aydınlık olup olmaması ile de ilgili. Öyleyse

yapmamız gereken de açık. Bir yandan görme bozukluğunu giderecek, sistemdeki hasarı onaracak, başka bir ifadeyle görme bozukluğuna yol açan hastalığı tedavi edeceğiz ya da gözlük, lens gibi bir yardımcı kullanarak bir tür esenlendirme uygulayarak bozulan görme yetisini ortadan kaldıracamız, diğeryandan uygun aydınlığı sağlayacağız.

İşte bu noktada Tablo-2 ve 3'e, özellikle de Tablo-3'de yer alan "ürkütücü" sayılara yeniden dönmemiz gerekiyor. 2013 yılında beklediğimiz olgu sayısının "iyi ihtimalle" binde 6.7'sini saptayabilmişken, saptadığımız olguların yüzde 61.3'ünün de ne olduğunu göremiyoruz; oran Z grubunu da dahil ettiğimizde yüzde 72.7 ediyor. 2014 yılında beklediğimiz olgu sayısının yine "iyi ihtimalle" binde 8.8'ini saptayabilmişken, saptayabildiğimiz olguların yüzde 46.6'sının, Z grubunu da dahil edersek yüzde 63.8'inin ne olduğunu göremiyoruz. İnsan, yaşadıklarına inanmakta zorluk çeker bazen; yaşananlar şaka gibi gelir insana. Öyle bir durum işte bu.

Bilinen en tehlikeli işlerden birisi olan, ülkemizdeki çalışma koşullarının zorluğu ve olumsuzluğu sıkça vurgulanan kömür madenciliğinin, belki de üzerinde en çok konuşulan sonuçlarından birisi olan "Kömür İşçisi Pnömonyozu" için bildirilen sayının 2013 yılında sadece 37, 2014 yılında sadece 16 olduğu gibi konulara hiç değinmeden yazıyı sonlandırmak gerekiyor.

Tıbbiyeliler, hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesi için yoğun ve meşakkatli bir eğitim alırlar. Sorunların üstesinden gelebilmek için diğerybilim alanlarındaki insanların ürettiklerinden yararlanır, onlarla birlikte çalışırlar. Özellikle de Halk Sağlığı disiplini bu anlamda sayısız örnekle doludur. Evet, tanı koyduğumuz görme bozukluğunun giderilmesi için çaba gösterebilir, hatta sorunu çözebiliriz de.

Ya aydınlık?

Birisi ışıkları kapatıyor sanki.

Şimdi daha karanlık...

Kaynaklar:

- 1) Ayoglu FN, Acilgoz B, Tutkun E, Gebedek S. Descriptive characteristics of Coal Workers' Pneumoconiosiscases in Turkey. Ir J Public Health, 2014; 43(3):389-390.
- 2) Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2004.
- 3) Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü. Meslek Hastalıkları Rehberi. Matsa Basımevi, Ankara, 2011.
- 4) Fişek N. Halk Sağlığı'na Giriş. Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayın No 2. Çağ Matbaası, Ankara, 1983.
- 5) Güven HR. Dünyada ve Ülkemizde Meslek Hastalıkları.
www.hisam.hacettepe.edu.tr/calistaysunum/HavvaRanaGuyen.pdf
- 6) Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2007. www.sgk.gov.tr.
- 7) Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2008. www.sgk.gov.tr.
- 8) Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2009. www.sgk.gov.tr.
- 9) Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2010. www.sgk.gov.tr.
- 10) Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2011. www.sgk.gov.tr.
- 11) Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2012. www.sgk.gov.tr.
- 12) Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2013. www.sgk.gov.tr.
- 13) Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllığı 2014. www.sgk.gov.tr.

TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ HİZMETLERİ

Prof. Dr. Ali Naci YILDIZ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç.Dr. Metin PIÇAKÇIEFE

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş:

Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ), İş Sağlığı Sözleşmesi (No. 161, 1985) ve Tavsiyesi (No.171) işyeri sağlık ve güvenlik politikasının işyeri düzeyinde uygulanabilmesini ve başarıyla işlemlerini sağlayan iş sağlığı ve güvenliği (İSG) hizmetlerinin kurulmasında bir dönüm noktası olmuştur. UÇÖ sözleşmesi, AB çerçeve yönergesi ve ulusal yasalar, birçok ülkede, işverenlerin işletmeye ait veya dışarıdan İSG hizmetlerini kullanmalarını gerektirir.

İSG hizmetleri ülkelerin ihtiyaçları ve olanakları doğrultusunda farklı modellerle sunulmaktadır. Ülkemizde bu hizmetler halen üç farklı modelle verilmektedir; İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri (İSGB), Ortak Sağlık Güvenlik Birimleri (OSGB) ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca yetkilendirilmiş Toplum Sağlığı Merkezi İş Sağlığı ve Güvenliği birimleri (TSM İSGB) tarafından sunulmaktadır.

Genel Bilgiler:

İşyerlerinin kendi bünyelerinde oluşturdukları İSGB ler hizmet sunumu açısından önerilen model olmakla birlikte özellikle küçük ve orta büyüklükteki işletmeler için dışarıdan hizmet alımı söz konusudur. OSGB ler işverenlerin ortaklaşa oluşturdukları birimler olması gerekirken bugün ki hali ile daha çok Özel İş Sağlığı ve Güvenliği (ÖSGB) hizmet modeli ile uyumludur. Diğer taraftan TSM İSG birimleri temel iş sağlığı hizmetleri kavramı çerçevesinde kamu hizmet modeli olarak değerlendirilebilir ve bu kapsamda özel önem taşımaktadır.

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği'ne (05/02/2015 tarih ve 29258 sayılı RG) göre TSM; "Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek maksadıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu" olarak tanımlanmaktadır. Aynı Yönetmelikte alışan sağlığı ve güvenliği ile ilgili hizmetler, TSM'nin görev ve yetkileri olarak belirtilmiştir.

Toplum Sağlığı Merkezlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Birimlerinin Yapılandırılması:

Bu kapsamda değerlendirilebilecek çalışmalar arasında, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı alışanların Sağlığı şube Müdürlüğü tarafından Dünya Sağlık Örgütü yetkililerinin de katılımı ile Mayıs-Ağustos 2009 tarihleri arasında yapılan 5 toplantı da sayılabilir. Toplantılarda İSG alanında hizmet ihtiyacı (açığı) olduğu ve Sağlık Bakanlığı'nın bu alanda sürdürülecek çalışmalarda daha etkin yer alması gerekliliği, Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) hizmetleri kapsamında iş sağlığı hizmetlerinin de bulunması gerektiği vurgulanmıştır.

TSM'lerde İSG Hizmetleri ilk kez mülga İşyeri Hekimlerinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik (27/11/2010 tarihli, 27768 sayılı Resmi Gazete) kapsamında yer almıştır. Sonrasında Sağlık Bakanlığı tarafından Temel İş Sağlığı Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (16/06/2011 tarihli ve 20065 sayılı) yayımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (663 sayılı) ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde, kuruluş amaçları arasında TSM'lerde İSG hizmeti sunulmasına ilişkin gerekli çalışmaları yapmakta olan, alışan Sağlığı ve Güvenliği Daire Başkanlığı kurulmuştur.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (6331 Kanun No'lu, 30/06/2012 tarihli ve 28339 sayılı Resmi Gazete) sonrasında TSM'lerden İSG Hizmeti sunmak üzere birim oluşturulması ile ilgili 2013/11 sayılı Genelge yayımlanmış, yetkilendirilmif birimler hizmet vermeye

başlamıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında, konuya ilişkin düzenlemeleri de içeren İş Sağlığı ve Güvenliği Alanında İşbirliği Protokolleri (2010 ve 2013 tarihlerinde) imzalanmıştır. 31/01/2014 tarihli ve 214.5679.8974/010.04 sayılı Toplum Sağlığı Merkezlerinde Yürütülecek İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge yayımlanmıştır. İSG Kanunu kapsamında, kamu kurum ve kuruluşları hariç ondan az çalışanı bulunanlardan, çok tehlikeli ve tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerine İSG hizmetlerinin yerine getirilmesi için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca destek sağlanabileceği belirtilmektedir. İSG Hizmetlerinin Desteklenmesi Hakkında Yönetmelik (24 Aralık 2013 tarihli ve 28861 sayılı Resmi Gazete) konuya ilişkin düzenlemeleri içermektedir. Bu destek TSM'lerde sürdürülecek hizmetlerin finansmanı bakımından da önem taşımaktadır.

Toplum Sağlığı Merkezlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Birimlerinin Günümüzdeki Durumu:

SG hizmetleri için Yetkilendirilmiş TSM sayısı 2012 yılında 12 iken, Şubat 2015 de 63 ilde, 80 TSM'de, 1 Eylül 2016 itibari ile 67 ilde 84 TSM'de (toplam TSM sayısı 971 dir) işyeri hekimliği hizmeti, bunların 50'sinde aynı zamanda iş güvenliği hizmeti sunulmaktadır. Bu kapsamda 234 işyeri hekimi, 166 iş güvenliği uzmanı ve 99 diğer sağlık personeli görev yapmaktadır. Toplamda 1251 işyerine, 19 806 çalışana hizmet sunulmaktadır.

TSM'lerde etkin İSG hizmeti sunumu ancak insan gücü sayısı ve niteliğinin artırılması, özlük haklarının sağlanması, fizik olanakların ve donanımın artırılması ile mümkün olacaktır. Sürücü ve ark.'larının Şubat 2014 de, e-anket yöntemini kullanarak yaptıkları ve katılım düzeyinin %62,0 olduğu araştırmanın sonuçlarına göre, TSM sorumlu hekimlerinin %71,6'ı "TSM'lerde İSG hizmetinin sunulmalıdır" önermesine tamamen ya da kısmen katıldığını belirtmiştir. TSM'lerden %7,5'i İSG hizmeti için yetki almış iken, %6,4'i başvuruda bulunmuş, %43,9'u yetki almayı düşünmekte, %42,2'si yetki almayı düşünmemektedir. Katılımcıların %75,4'ü İSG hizmetlerinin diğer hizmetleri aksatacağını belirtmiştir. İSG hizmetlerinin sunumu için yapılan öneriler arasında insan gücü ve fizik mekân olanaklarının artırılması ve özlük hakları konusunda düzenlemelerin yapılması ilk sıralarda yer almaktadır. Katılımcıların %41,0'i hizmet sunulması durumunda talep olacağını, %36,6'sı talebi karşılayabileceklerini belirtmiştir.

Yüksek gelişmişlik düzeyinde olan illerde %73,2 düşük olanlarda %18,2 sıklıkla yeterli talep olacağı belirtilmiştir (p<0.001). TSM sorumlu hekimleri TSM'ler tarafından İSG hizmeti sunumu konusuna sıklıkla olumlu yaklaşmaktadır. Halen yetki almış Sorumlu hekimlerin %55,5'i öncelikle 1-9 çalışanı olan işyerlerine hizmet verilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Sonuç ve Öneriler:

İSG hizmetlerinin sağlanmasındaki eşitsizlikler, tüm çalışanlar tarafından artarak hissedilmektedir. TSM'lerde İSG hizmetlerinin sunulması ise, özellikle hizmet açığı olan alanlar için gereklidir, Temel İş Sağlığı Hizmetleri yaklaşımı bakımından da önemli uygulama alanıdır ve yaygınlaştırılmalıdır. Kamu eliyle sunulacak hizmetlerin öncelikli alanları küçük ve orta ölçekli işletmeler, tarımda çalışanlar ve ev işçileri gibi önemli hizmet ihtiyacının ve açığının olduğu alanlar olmalıdır.

Hizmetlerin planlanmasında ve sürdürülmesinde kanıta dayalı yaklaşım, etkinliği ve verimliliği artıracaktır. Konuya ilişkin hizmet modeli önerileri geliştirecek araştırmalara ve uygulamaların sürdürüleceği projelere ihtiyaç vardır. İnsan gücü, donanım, finans modeli, öncelikli hizmet alanları gibi konulara ilişkin çalışılmalar yapılmalıdır. Bu kapsamda ilgili kurumlarla, meslek örgütleri ile işbirliği yapılmalı, üniversitelerin desteği sağlanmalıdır. Bu çalışmalar Tıp Fakülteleri Halk Sağlığı Anabilim Dalları içinde önemli uygulama ve araştırma olanakları sağlayacaktır.

Kaynaklar:

- 1) A Sürücü, A Demir, A Alnak, H Kaya, O Yar, Z Çoban, AN Yıldız, ME Alagüney, Toplum Sağlığı Merkezlerinde İş Sağlığı Ve Güvenliği Hizmeti Sunumu Konusunda Sorumlu Hekimlerin Görüşleri, I.Türkiye Çalışan Sağlığı ve Meslek Hastalıkları Sempozyumu, Poster bildiri, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Daire Başkanlığı, 18-20 Kasım 2014 Antalya.
- 2) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. <http://www.thsk.gov.tr/mevzuat/yonergeler.html> (Erişim Tarihi: 27.08.2016)
- 3) ILO. Recommendation 171 concerningoccupationalhealthservices. Geneva, International LaborOrganization, 1985.
- 4) ILO. Convention 161 concerningoccupationalhealthservices. Geneva, International LaborOrganization, 1985.

- 5) Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. Resmi Gazete. 5 Şubat 2015. Sayı: 29258.
- 6) İşyeri Hekimlerinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete. 27/11/2010. Sayı: 27768.
- 7) Temel İş Sağlığı Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 16/06/2011. Sayı: 20065.
- 8) Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Resmi Gazete. 11/10/2011. Sayı: 663.
- 9) İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. Resmi Gazete. 30/06/2012. Kanun No: 6331. Sayı: 28339.
- 10) Toplum Sağlığı Merkezlerinde Yürütülecek İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. Resmi Gazete. 31.01.2014. Sayı: 8974.
- 11) İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Desteklenmesi Hakkında Yönetmelik. Resmî Gazete. 4 Aralık 2013. Sayı: 28861.

ÇOCUK İŞÇİLER

Prof.Dr. Ferdi TANIR

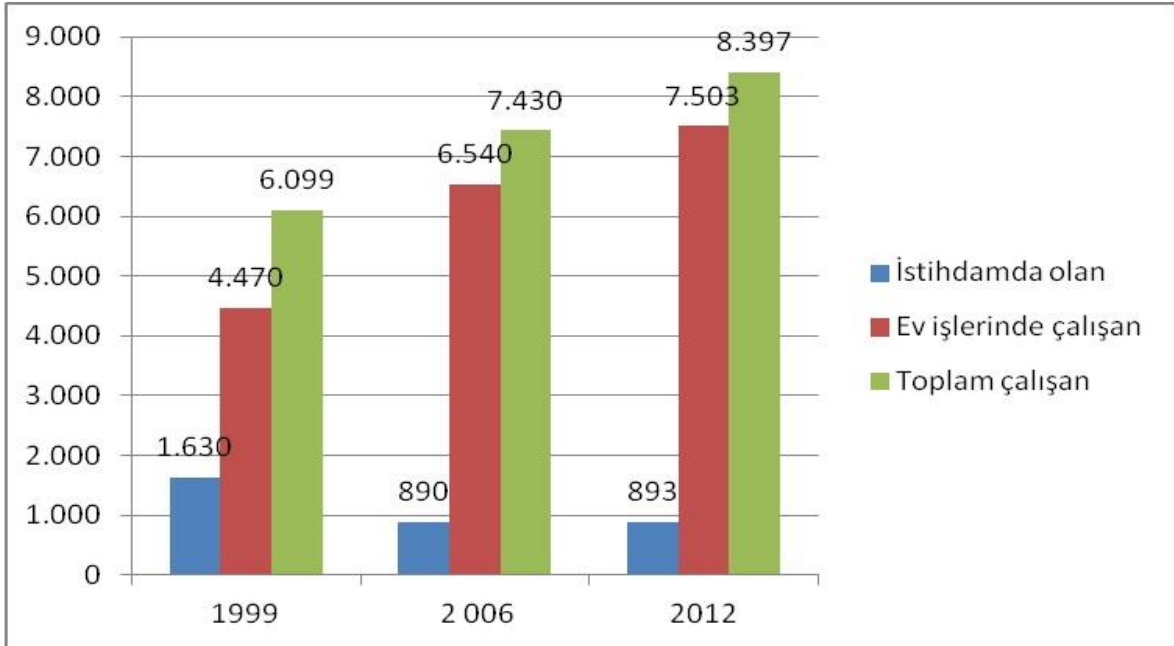
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Adana

Çocuk İşçiliği Kavramı

Çalışan çocuk kavramı farklı toplumlarda farklı anlamlar taşımakta. Örneğin çoğu ülkelerde çocuğun erken yaşta çalışması, "eve ekmek getirmesi" olağan karşılanırken özellikle gelişmiş ülkelerde bu durum yadırganmaktadır. Uluslararası konvansiyon, 14 yaşına gelene kadar çocukların ticari iş yapamayacağını, 15 yaşından itibaren de sadece tehlikesiz işlerde çalışabileceğini öngörüyor. Çocukların yaptıkları işlerin hepsi ortadan kaldırılmak istenilen çocuk işçiliği kategorisine girmemektedir. Çocukların sağlıklarına ve kişisel gelişimlerine zarar vermeyecek ya da eğitimlerini aksatmayacak işler yapmalarına genelde olumlu bakılmaktadır. Evde anne babaya yardımcı olmak, aile işletmesinde belirli işler yapmak, okul saatleri dışında ve tatillerde cep harçlığı sağlayacak kimi işlerde yer almak gibi çalışmalar bu gruba girmektedir. Bu etkinlikler, çocukların gelişimine ve ailelerinin durumuna katkıda bulunur; çocuklara çeşitli beceriler ve deneyim kazandırır; yetişkinlik dönemlerinde toplumun üretken üyeleri olmaya hazırlar. Hangi çalışma biçimlerinin "çocuk işçiliği" sayılıp sayılmayacağı çocuğun yaşına, yapılan işin türüne ve aldığı zamana, gerçekleştiği koşullara ve ülkelerin bu alandaki hedeflerine bağlıdır. Bu nedenle çocuk işçi tanımı, hem ülkeden ülkeye hem de sektörden sektöre farklılık göstermektedir. Çocuk işçiliği, çoğu kez çocukların dönemlerini yaşamaktan alıkoyan, potansiyellerini ve saygınlıklarını eksiltken, fiziksel ve zihinsel gelişimleri açısından zararlı işler olarak tanımlanır.

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) 2015 verilerine göre Dünya genelinde istihdam içindeki çocukların sayısı 264 milyondur. Çocuk işçiliği ise daha sınırlı bir tanımdır. Bu tanıma göre Dünya'da 168 milyon çocuk işçi(5-17 yaş) bulunmaktadır. Tarım, çocuk işçiliği açısından açık ara en başta gelen sektördür (98 milyon, çocuk işçilerin %59'u). Ancak hizmet (54 milyon) ve sanayi (12 milyon) sektörlerindeki çocuk işçiler de önemli bir nicelik oluşturmaktadır ve bu çocukların çoğu kayıt dışı ekonomide çalışmaktadır.

ILO'nun "Çocuk İşçiliğinin Önlenmesine Yönelik Uluslararası Program (IPEC)", en kötü biçimdeki çocuk işçiliğinin ortadan kaldırılmasına yönelik projeleri içerir. Bu projeler ve benzeri çalışmalar, sorunun çözümünde çok etkili araçlar olarak görülmemektedir. Çünkü projeler sona erince sürdürülebilirlikleri gözlenememektedir. Türkiye'de 1993 yılında başlatılan IPEC projelerine toplumun katılımı ile 1999-2006 yılları arasında istihdam edilen çocuk sayısı 2 milyon 270 binden, 890 bin düzeyine düşürülmüştür. Daha sonra çocuk işçiliği ile mücadele zayıflamıştır. 1994-1999 yılları arasında istihdamdan çekilen çocuk işçi sayısı yıllık ortalama 128 bin iken, 1999-2006 yılları arasında yıllık ortalama 74 bin olmuştur. 2006-2012 yılları ise çocuk işçiliğinde azalma eğiliminin durduğu ve özellikle tarım kesimindeki artış ile birlikte çocuk işçi sayısının tekrar arttığı bir dönem olmuştur. 2012 yılında çocuk işçi sayısı 893 bine ulaşmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayımlanan "Çocuk İşgücü Anketi" sonuçlarına göre 2012 yılında 6-17 yaş grubu 15 milyon 247 bin çocuktan % 5.9'u (893.000) ekonomik bir işte çalışmaktadır. Türkiye genelinde 6-17 yaş grubunda istihdam edilen çocukların % 44.7'si tarım, %24.3'ü sanayi ve%31.0'ı hizmet sektöründe çalışmaktadır. İstihdam edilen çocukların % 68.8'ierkek, % 31.2'si kızdır. Toplamda çalışan çocukların tüm çocuklara oranı 1999'dan bu yana % 41'den % 56'ya çıkmıştır (Şekil 1).



Şekil 1. İstihdamda Olan, Evde Çalışan, Toplam Çalışan Çocukların Yıllara Göre Sayısı (x1.000)

Çocuk İşçiliğinin Nedenleri:

1.Yoksulluk: Çocukların çalıştırılmasının en önemli nedeni, yoksulluktur. Yoksul aileler, kimi zaman zorunluluktan kimi zaman da bir çalışma örüntüsü olduğu için çocuklarını, çalışma piyasasının içine çeşitli biçimlerde (işçi, köle, ırgat, çırak, komi vb.) sokmaya devam etmektedir.

2.İşsizlik: Ebeveynler iş bulamayınca çocuklarını çalıştırmaktadır. Çocukların daha kolay iş bulması/çalışması söz konusu olduğu için bazı ebeveynler bu yolu gerekçe göstermektedir.

3.Ucuz emek: İşletmelerin pek çoğu 18 yaşın altındaki çocukları, düşük maliyetli işgücü olarak kullanmaktadır. İşgücü piyasasının denetimindeki sorunlar, kamu otoritesinin bu konudaki örgütsel kapasitesinin zayıflığı ve ailelerin ek gelir ihtiyacı ile birlikte olunca çocuk işçiliği artmaktadır. Ücretli, yevmiyeli veya kendi hesabına çalışan çocukların % 52'si aylık 400 TL'lik bir gelire çalışmak zorunda kalmıştır (2012-TÜİK).

4.Emek piyasası değişimleri: Çocuk işçiliğinin önlenmesine yönelik ortaya konulan çabalara rağmen yeterli bir sonuç alınamamasının arkasında, emek piyasasının esnekleşmesi ve kurlsızlığın yaygınlaşması gelmektedir.

5. Sosyal sorunlar: Ebeveynlerin ayrı yaşıyor olması, ebeveynlerden en az birisinin ölüm, sakatlık veya hastalık nedeni ile çalışamaz olması, ev halkı sayısının ebeveyn geliriyle karşılanamayacak düzeyde fazla olması, yaşanan çevre, gelenek vb. gerekçelerle çocuklar çalıştırılmaktadır.

Çocuk İşçiliğinin Sonuçları:

1. Gelişme sürecinde oldukları için çalışma koşullarının riskleri içinde çocukların çalıştırılmaları, yetişkinlerden daha ağır sağlık sonuçlarını doğurmaktadır. Çocuklar yetişkinlerle aynı riskler altında çalıştıklarında, onlara göre daha çok etkilenmektedirler. Bu etkiler hem fizyolojik ve biyolojik bakımdan daha kötü sonuçlar doğurmakta, hem de ileriki yetişkinlik dönemlerine kadar etkisi uzamaktadır. Çünkü çocuklar yetiştirme ve gelişme dönemi içindedirler ve yetişkinlerden psikolojik ve fizyolojik özellikleri bakımından farklıdır. Bu farklılıklar onların henüz büyüme ve gelişme dönemi olarak adlandırılan ve kötü etkilenmelerle olumsuz yönde değişiklikler gösteren dönemde olması, yetişkin dönem öncesi gelişimi olumsuz etkilenen bireyin gelişimini sağlıklı tamamlayamama ve böylece başta kendisini sonra ailesine ve topluma olması gerektiğinden fazla sağlık sorunu oluşmasına neden olabilmektedir. Bu dönemdeki çocukların sadece eğitim, aile düzeneğinde birliktelik, iyi beslenme ve dinlenme, yeterince oyun ve sağlıklı çevre ile en ideal büyüme ve yetiştirme dönemini geçirebildikleri gösterilmiştir. Çalışma ortamının oluşturduğu riskler içine çocukların sokulmaması ilkesi bu verilere dayanmaktadır. Çocuk gelişimi; bedensel büyümeyi, bireysel olarak çevreyi etkileme olanaklarındaki artışı, kendini anlama ve anlatma yeteneklerinin gelişmesini anlatır. Çocuğun psikolojik, duygusal ve toplumsal gereksinimleri vardır. Tanınma, özgüven, güvenlik, mekan, beslenme, uyku), sevgi, özerklik ve toplumsallaşma gereksinimleri bunların başlıcalarıdır. Çocukların psiko-sosyal gelişimini bozan etmenler; çalışan çocukla ailesi arasındaki uzaklık, verimliliğe ve iş bölümüne dayalı çalışma koşulları, çalışma süresi, çalışma ortamı etkenleri, eğitim dışı kalma, barınma ortamı etkenleri ve şiddete dayalı çalışma ilişkileridir. Çocuk işçiliği, insani gelişim açısından ciddi bir sorun olarak görülmektedir.

2. Türkiye genelinde ekonomik işlerde çalışan çocukların haftalık ortalama fiili çalışma süreleri son derece yüksektir. 6-17 yaş grubundaki çocukların haftalık ortalama fiili çalışma süresi 40 saattir bulurken, bu süre 15-17 yaş grubundaki çocuklar için 45,8 saattir (ortalama haftalık fiili çalışma süresi 6-14 yaş grubundaki çocuklar için 28 saattir). Erkek çocuklar haftada ortalama 43,2 saat çalışırken, kız çocuklar 33 saat çalışmaktadır. Ancak en trajik süreler okula devam etmeyen çocuklar için

görülmektedir. Haftalık ortalama fiili çalışma süresi okula devam etmeyen çocuklar için haftalık 54,3 saat ile Türkiye ortalamasının üstündedir.

3. Ücretli ya da yevmiyeli olarak çalışan çocukların; % 3,4'ü sakatlanma ve yaralanma yaşamış, % 34'ü aşırı yorulmakta, üçte birine işyerinde yemek verilmemekte, % 36'sının haftalık izni ve %89'unun yıllık ücretli izini yoktur. Çalışan çocukların %21.7'si mesleki eğitim için çalışmaktadır. Kısaca çocuklar, düşük ücretlerle ve kötü çalışma koşullarında çalışmaktadır.

4. Türkiye'de son 42 ayda 194, 2016 yılının ilk beş ayında en az 18 çocuk işçi ölmüştür. 2014 yılında beş, 2015'de 12 ve 2016'da iki Suriyeli çocuk olmak üzere toplamda 19 Suriyeli çocuk işçinin öldüğü belirlenmiştir ve bu sayı çocuk işçi ölümlerinin % 9.8'idir.

5. Çocuk işçilerin en az yarısı tarımda yaşamını yitirmiştir. Bu durumun bir yönünde tarımın çökertilmesi ve aile emeği içinde olması, diğer yönünde ise mevsimlik işçilikte bulunmasıdır. Çocuklar mevsimlik işçiliğin kadınlar ile birlikte omurgasını oluşturmaktadır.

Çocuk İşçiliğinin Önlenmesi:

Birleşmiş Milletler "Çocuk Hakları Sözleşmesi"nin birinci maddesi, 18 yaşından küçük olan herkesi çocuk olarak kabul etmektedir. Sözleşme, çocukların fiziksel ve ruhsal gelişimlerini tamamlayabilmeleri için eğitim de dahil olmak üzere çeşitli haklara sahip olduklarını ve çocukların çalıştırılmaması gerektiğini vurgulamaktadır. Birleşmiş Milletler tarafından dünyada gittikçe artan çocuk işçiliğine karşı farkındalık yaratmak ve çocuk işçiliğine engel olmak amacıyla her yıl 12 Haziran tarihi, 2002 yılında Dünya Çocuk İşçiliğiyle Mücadele Günü ilan edilmiştir.

1. Hukuksal açıdan Türkiye'de de yeterli düzenlemeler bulunmaktadır. Yasaların varlığından çok, işlerliğine önem verilmelidir. Türkiye çocuk işçiliği ile ilgili olarak birçok uluslararası sözleşmeye imza atmıştır. Sorun, genelde bunların uygulamaya geçirilmesidir. Öncelikle Türkiye'nin de kabul ettiği ve onayladığı "En Kötü Biçimlerde Çalışan Çocuk İşçiliğinin Ortadan Kaldırılması Acil Eylem Sözleşmesi"nin dikkate alınması ve uygulamaya geçirilmesi önem taşımaktadır.

2. Çocuk işçiliğinin azaltılması ve zamanla ortadan kaldırılması için güçlü bir kamuoyu oluşturmak önemlidir. Toplumda sivil toplum kuruluşlarından, medyadan ve baskı gruplarından olan sendikaların, meslek örgütlerinin ve derneklerin konuya ilgi duymaları ve kamuoyunun dikkatini çocuk işçiliğine çekmeleri önemli bir aşama olacaktır. Çocuk işçiliğinin en kötü biçimlerinin ortadan kaldırılmasına ilişkin etkin bir faaliyet, eğitim temelinde sorunun bütününe yönelik tedbirleri; hükümet ve toplumun tüm kesimlerini içine alan geniş bir işbirliği ortamının yaratılmasını gerektirmektedir. Kurum ve kuruluşlar güçlerini birleştirerek, işbirliği içinde sorunu çözmeye yönelmelidirler.
3. Çocukların ucuz işgücü olarak sömürülmesini önlemek için tarım sektörü daha iyi düzenlenmelidir.
4. Çocuk işçiliğini kolay kabullenen ailevi ve kültürel geleneklere müdahale (uygun sosyolojik yaklaşımla) edilmelidir.
5. Çocuk işçiliği probleminin çözümüne ilişkin tek bir model yoktur ve hiçbir kesim tek başına çocuk işçiliği problemini çözemez. Her ülke, her kurum kendi problemlerinin büyüklüğüne, yapısına, kurumlarının ve kaynakların kapasitesine göre değişen farklı modeller uygulamalıdır.
6. ILO'nun Brezilya 2014 deklarasyonunda; tüm çocuklar için sosyal koruma ile özgür, zorunlu ve kaliteli eğitimin gerektiği ve bir insan hakkı olan sosyal korunmanın, ekonomik ve sosyal bir duyarlılık olduğu belirtilmiştir.
7. Türkiye'de yaşayan Suriyeli mültecilerin 708 bini okul çağındaki çocuklardır. 2014-2015 eğitim yılında bu çocukların yalnızca 212 bininin ilk ve orta öğretim devlet okullarına kaydolduğu Milli Eğitim Bakanlığı kayıtlarındadır. Mülteci kamplarında okula kayıt oranı yaklaşık %90 olsa da, mültecilerin çoğu kampların dışında yaşıyor ve aynı dönemde kampların dışında yaşayan okul çağındaki çocukların sadece %25'i okula kaydolmuştur. Genelde Türkiye'deki Suriyeli çocukların üçte ikiden fazlası örgün eğitim almamaktadır. Bu sayı ve oranlar, okula devam etmeyen ve yoksulluk koşullarında barınmaya çalışan mülteci çocuklarının Türkiye'deki çocuk işçi sayısını giderek artıracığı olasılığı göz ardı edilememelidir.

Kaynaklar:

1. Anık F. Çalışan Çocuklarla İlgili Yasal Düzenlemeler. Türkiye’de çalışan çocuklar semineri-bildiriler. Mayıs-2001,TC Başbakanlık DİE Yayınları, Ankara, s:181-205.
2. International Labour Office (ILO) Türkiye-Çocuk İşçiliği. <http://www.ilo.org/ankara/areas-of-work/child-labour/lang-tr/index.htm>, Erişim: 17.07.2016.
3. ILO Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC), Geneva: ILO, 2013.
4. TÜİK ve ILO Çalışan Çocuklar 2012, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, TÜİK, Ağustos 2013.
5. Öngel F.S. Türkiye’de Çocuk İşçiliği Raporu-DİSK-AR: Türkiye’de Çocuk İşçiliği Gerçeği Raporu. <http://disk.org.tr/2015/04/disk-ar-turkiyede-cocuk-isciligi-gercegi-raporu-2015/4>, Erişim: 26.06.2016.
6. Tanır F. Adana TİSK/TÜRK-İŞ Çalışan Çocuklar İçin Toplumsal Destek Merkezi. Ankara, 2008.
7. Yüksel M, Adıgüzel O, Yüksel H. Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Politika Temelinde Dezavantajlı Bir Grup Olarak Çocuk İşçiler Realitesi. *Journal Of Kastamonu University Faculty Of Economics And Administrative Sciences* January 2015, No:6, s:23-34.
8. Güzel, B. Combating Child Labor in the 21st Century Progress Report. *Journal of International Social Research* .Feb 2016,(9); 42, p: 1993-98.
9. ILO-Nationallegislation on hazardouschildlabour. Brezilya, 2014, <http://www.ilo.org/ipeinfo/product/download.do?type=document&id=27078>, Erişim: 11.05.2015.

İYONİZE OLMAYAN RADYASYONUN SAĞLIĞA ETKİLERİ

Prof.Dr. Halim İŞSEVER

İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İstanbul

I. Genel Bilgiler:

Elektromanyetik radyasyonlar (EMR) dalga özellikli radyasyonlar olarak bilinmektedir. Boşlukta yayılma özelliğine sahip olan bu dalgalar, dalga boyları ve frekansları ile tanımlanmaktadır. Tüm elektromanyetik dalgalar, boşlukta aynı hızla yayılır ve bu hız, ışık hızına eşit olup, saniyede 300.000 km' dir. İyonlaştırmayan radyasyon olarak da tanımlanan elektromanyetik radyasyon, enerjinin boşlukta elektrik ve manyetik alanlar şeklinde yayılmasıdır. EMR' lar, uzun dalga boyludan, kısa dalga boyluya doğru, radyo dalgaları, mikro dalgalar, infrared ışınları, görünür ışınlar, ultraviyole ışınları olmak üzere sıralanırlar. Dalga boyu olarak insan vücut kalınlığı içine düşen mikro dalgalar ve altındaki ışınların (Infrared radyasyon, görünür ışınları, ultraviyole ışınları) insan vücuduna verdiği zararlar, yapılan çok sayıda araştırma ile kanıtlanmıştır. Mikro dalgaların pişirme özelliği, Infrared ışınlarının göz merceğine, görünür ışınların göz dibine, Ultraviyole ışınlarının deriye verdiği zararlar toplum tarafından bilinmektedir. Bu gün üzerinde en çok tartışılan konu, radyo frekanslarındaki dalgalarının yarattığı zararlarıdır. Radyo frekanslarındaki radyasyon ile dokularda ısınma sonucu meydana gelen biyolojik etkiler, termal etki olarak adlandırılır. Vücut ısısını düzenlemek için birçok etkili yollar vardır, fakat maruziyet çok yoğun olduğu zaman vücudun baş edebilmesi de zorlaşmaktadır.

Cep telefonlarının kullanım frekanslarının yükseltilmesi ve dalga uzunluklarının mikro dalga özelliği göstermesi, bu günlerde tartışmayı daha da arttırmıştır. Cep telefonlarında, dolayısıyla baz istasyonlarında kullanılan iletişim frekansları 900 MHz (0,9 GHz, Dalga uzunluğu = 33.3 cm) ve 1800 MHz (1,8 GHz, Dalga uzunluğu = 16.7 cm), 2100 MHz için ise, Dalga uzunluğu = 14.28 cm dir. Mutfaklarımızdaki mikro dalga fırınlarımızda kullandığımız dalganın frekansı ise 2400 MHz (2,4 GHz, Dalga uzunluğu =12.5 cm) dir. Frekansların bu denli birbirine yakın olması tedirginliklerin

rahatsızlıkların artmasına neden olmuştur. Bu nedenle kullanılan elektromanyetik dalgaların fiziksel özelliklerinin çok iyi bir şekilde anlaşılması ve bilinmesi gerekmektedir.

Bir elektromanyetik dalga, maksimum değeri ile "0" değeri arasında salınan manyetik ve elektrik alanlar içerir. Bu alanların büyüklüğü, bir ortalama değer veya tepe değerinin büyüklüğü ile belirtilir. Elektrik alanlar (E), V/m (metrede volt) olarak; Manyetik alanlar (B) ise, T (Tesla) olarak ölçülür. Bir elektromanyetik dalganın şiddeti (I) veya güç yoğunluğu, 1 m² 'lik bir alandan geçen gücü ifade eder. Güç, W (Watt) olarak ifade edildiğine göre, şiddet (I) veya güç yoğunluğu W/m²olarak ölçülür. Elektromanyetik dalgalar, dalga boyları ile ilişkili olarak çok düşük, orta ve yüksek frekanslı elektrik ve manyetik alanlar oluştururlar. Manyetik alan elektrik yüklerinin hareketi ile ortaya çıkar. Manyetik alan şiddeti (A/m) metre başına amper cinsinden ölçülür. Elektrik ve manyetik alanları kaynaktan uzaklaştıkça, uzaklığın karesi ile ters orantılı olarak azalır.

Çok düşük, orta ve yüksek frekanslı elektrik ve manyetik alanlar:

Manyetik alanlara maruziyet, yüksek gerilim hatları ve elektrikli aletlerin kullanımından meydana gelmektedir. Çevrede ve iş ortamında bu alanları her zaman maruz kalınmaktadır. Maruziyetin şiddeti, manyetik alanın, akımın büyüklüğüne ve cihazlara olan mesafelere bağlıdır.

Çok düşük frekanslı alanlar:

300 Hz' e kadar olan frekansa sahiptirler, elektrikli güç kaynakları ve elektrik kullanan cihazlar, gerilim hatları ana kaynaklarıdır. Son derece düşük frekans (ELF) alanlar 1 Hz ile 300 Hz frekans aralığında akımların oluşturduğu alanları içerir. 60 Hz (ELF) alanları, enerji hatları, elektrik kabloları ve elektrikli cihazlar tarafından üretilmektedir. Bazı epidemiyolojik çalışmalar, elektrik hatlarına yakın mesafede oturanların manyetik alana maruziyeti ile ilişkili artmış kanser riskini göstermişlerdir. Düşük frekanslı indüksiyon akımları merkezi sinir sisteminin işleyişini etkileyebilir.

Orta frekans alanlar:

(300 Hz-10 Mhz) Bilgisayar ekranları, alarm ve güvenlik cihazları ana kaynaklardır.

Yüksek frekans alanlar:

(10 Mhz-300 Ghz) Radyo, TV, Radar ve cep telefonu antenleri ve mikro dalga fırınlar ana kaynaklardır. 100 kHz -10 Ghz frekans aralığında, Elektrik ve manyetik alan emilimi dokularda ısı artışına sebep olabilir.

Elektromanyetik dalgaların, biyolojik dokular üzerine etkilerini anlayabilmek için, maruz kalmış olan vücudun farklı bölümlerinde alan büyüklüğünün ölçülmesi gerekir. Bunun için sırasıyla dokunun iletkenliği, yoğunluğu ve elektrik alan değerini de hesaba katan SAR değerine (Özgül Soğurma Hızı) göre değerlendirmeler esas alınarak toplumda bir takım standart değerlerin kullanılması yoluna gidilmiştir. Hatta bu standartlar, bazı temel standartlara da bağlanmıştır. Temel standart olarak "insan vücut sıcaklığını ortalama olarak 1°C arttıran Elektromanyetik enerji yutulmasının zararlı olduğu" ifade edilmiştir. Bu standarda göre kilogram başına dokuların yutabileceği maksimum güç 4 Watt olarak saptanmıştır. Yani 4 Watt gücündeki bir elektromanyetik dalga, vücut sıcaklığını yaklaşık 1°C arttırmaktadır. Belirlenen bu düzeyin 1/10'u olan, 0,1° C gibi vücut sıcaklık artmasının zararsız olacağından yola çıkılarak, bu değer, çalışanlar için 0,4 W/kg SAR (1/10), genel halk için 0,08 W/kg SAR (1/50) değerine, yani güvenlik sınırlarına çekilmiştir. Genel halk limit değerlerinin 1/50 düzeyine çekilmesi bu grup içerisinde, çocukların, yaşlıların ve hastaların bulunmasındandır. Bu değerler Dünya Sağlık Örgütü ve ICNIRP-Uluslararası Non-İyonizan Radyasyondan Korunma Komitesi tarafından kabul edilmektedir.

II. Sağlığa Zararları ve Korunma:

Biyolojik sisteme olan maruziyet sonrası ölçülebilir bir biyolojik etki oluşur. Ancak, biyolojik bir etki, mutlaka biyolojik tehlike veya sağlık etkisi olarak varlığını göstermez. Bireyin kendi sağlığı veya üreme sistemi üzerinde algılanabilir bozulmaya neden olan biyolojik bir risk de oluşturabilir. Biyolojik etkiler, bir organizmada doku veya hücreye bağlı fizyolojik, biyokimyasal ve davranışsal değişiklikler olabilir.

İyonize olmayan radyasyonun etkisi genellikle dokularda ısı artışı ile karakterizedir. İnsan vücudunda farklı özellikte dokuların olması ve absorbe etme özelliklerinin farklı oluşu hasar mekanizmalarını da karmaşık hale getirmektedir. Halen iyonize olmayan radyasyon türleri için hem akut hem de kronik maruz kalma şiddeti hakkında çok fazla

belirsizlik mevcuttur. Genellikle toplum çok düşük frekanslı alanlar, radyo frekansları ve mikrodalga riskleri konusunda endişelenmektedir. Toplum için başka bir muhtemel riskte doğal bir UV radyasyon artışının olabileceğidir.

Elektrik ve manyetik alanlara maruziyetin sağlık üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda, Standardize ölüm oranı bazı mesleklerde toplumsal eğitimden daha yüksek bulunmuş çalışmalar varken, toplumdaki hızdan yüksek olmayan, eşit olan, hatta küçük bulunan çalışmalar da vardır. Araştırma sonuçlarındaki zayıf tekrar edilebilirlik, radyo frekanslarının genel toplumda kanser riskini arttırdığı konusunda yeterli ipuçlarını kesin olarak vermemektedir. Fakat, radyo frekanslarında veya mikrodalga frekanslarındaki elektromanyetik alanlara maruz bırakılmış deney hayvanlarında, bir çok sistemde oluşmuş zararlar, araştırmalarda gösterilmiştir. Sonuç olarak; bir çok araştırmada, laboratuvar koşullarında Elektromanyetik alanlara maruz bırakılan deney hayvanlarında, bir çok yaşamsal sistem üzerinde olumsuz etkiler açıklanmıştır. İyonize olmayan radyasyonun biyolojik etkileri ve tıbbi uygulamalar alanında yaklaşık 25.000 e yakın makale son 30 yıl içinde yayınlandı. Bilimsel literatür incelendiğinde, elektromanyetik alanlara düşük seviyede maruziyet ve sağlık sorunları ilişkisinin halen tartışmalı olarak devam ettiği sonucuna varılmaktadır. Ancak, biyolojik etkileri hakkında bilgide bazı boşlukların olması bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Toplumda, evde elektromanyetik alanlara düşük seviyelerde maruziyet ve sağlık sorunları arasında bir ilişkinin olduğu yönünde görüş mevcuttur. Bildirilen belirtiler içinde baş ağrısı, anksiyete, intihar ve depresyon, bulantı, yorgunluk ve libido kaybı vardır. Elektromanyetik alanlara düşük seviyelerde maruz kalma ve bahsedilen şikâyetler arasındaki ilişki bilimsel olarak halen tartışmalıdır. En azından bu tip sağlık sorunları kaygısı ve yeni teknolojilerin varlığı ile ilgili çevre, gürültü ya da diğer faktörlerin neden olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedendir ki, sağlığa zararlı bir etken olarak kabul edilen Elektromanyetik radyasyon veya alanlar için yaşamsal alanlarda bir takım limitler oluşturulmuştur.

III. Sonuç:

Elektromanyetik Radyasyonların (Radyo frekansları, Mikro dalgalar, Infrared, görünür ve Ultraviyole ışınlarının (genel olarak iyonize etmeyen radyasyonun) ve bu ışınları kullanan veya yayınlayan cihazların, etrafa yaydığı Elektromanyetik alanın, biyolojik

sistemler ve insan sağlığı üzerine olumsuz etkileri, yapılan çok sayıda deneysel çalışmayla kanıtlanmıştır. Yapılan çalışmalarda çok yüksek elektrik ve manyetik alan oluşturularak laboratuvar ortamlarına deney hayvanları maruz bırakılmıştır. Toplumda bu kadar yüksek manyetik ve elektrik alana maruziyet, ancak mesleki etkilenmelerde hiçbir önlem alınmadan maruz kalma söz konusu olabilir. Bir diğer konu ise; ortamdaki elektrik ve manyetik alanın değeri uzaklığın karesi ile ters orantılı olarak azalmaktadır. Evlerimizde kullanılan birçok cihazda elektrik ve manyetik alan oluşturmakta, cihazdan 2 m uzakta ölçülen alan değeri limit değerin %1 ve % 0,1 seviyelerine gerilemektedir. Diğer epidemiyolojik çalışmalarda ise etkilenme ve vücut bölümlerinde kanser arasındaki ilişkiyi araştıran araştırmalarda az sayıda araştırmada ilişki gösterilmiş diğerlerinde gösterilememiştir. Bu konuda yapılan çalışmalar birbiri ile çelişkili olup doz ve maruziyet süresi ile değiştii bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü elektromanyetik radyasyonların sağlık üzerindeki etkilerinin kesinlik kazanması için 9 sorunun cevaplanması gerektiğini belirtmiştir. Bu sorular ise; hücresel bazda yapılan çalışmaları, maruziyetin değerlendirilmesi, Doz-Cevap İlişkisi, İstatistiksel çalışmalardan elde edilen sonuçlar, insanlar üzerinde yapılan çalışmalardan elde edilen çalışmalar, farklı çalışmalardan aynı sonuçların elde edilebilirliğini, yani tekrar edilebilirliğini, hayvan deneylerinden elde edilen çalışmalar, patoloji ile ilgili çalışmalar ve epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen sonuçlar ile örtüşmesi gerektiğini belirtmiştir.. Almanya'da Radyasyon Güvenliği Federal Dairesi tarafında yapılan araştırmada; Manyetik alanlar içinde çalışan ve toplumda 2000 bireyin günlük maruziyeti ölçüldü. Herkese 24 saat için kişisel dozimetre verildi. Ölçülen dozlar geniş aralıkta olmasına rağmen günlük ortalama 0.10 µT gibi bir değer elde edildi. Bu değerin işçiler için 500 µT, halk için 100 µT standart sınırından çok düşük olduğu görüldü. Limit değerlerin altındaki maruziyetlerde neden - sonuç ilişkisini kısa dönemde göstermek pek mümkün görünmemekte ve uzun vadede zararlı etkilerini söylemek için detaylı çalışmalara gereksinim vardır. Halk sağlığı yönünden değerlendirdiğimiz zaman, bünyesel ve çevresel etkenlerden kaynaklanan birçok riskimizin olduğunu unutmamalıyız. Mevcut risklerinizin üzerine ek bir risk ilave etmemeli, yaşamımızı kolaylaştıran birçok teknolojinin, cihazın sağlığımıza bazı yönlerden zararlı olabileceğini ve korunma politikalarını göz ardı etmemeliyiz.

Kaynaklar:

- 1) Guidelines For Limiting Exposure To Time-Varying Electric, Magnetic, And Electromagnetic Fields (Up To 300 Ghz) International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection -ICNIRP Guidelines
- 2) <https://www.osha.gov/SLTC/elfradiation/index.html> : Erişim 20.08.2016
- 3) Kwan-Hoong Ng: Non-Ionizing Radiations –Sources, Biological Effects, Emissions and Exposures :Proceedings of the International Conference on Non-Ionizing Radiation at UNITEN (ICNIR2003) Electromagnetic Fields and Our Health 20th –22nd October 2003
- 4) Elektronik Haberleşme Cihazlarından Kaynaklanan Elektromanyetik Alan Şiddetinin Uluslararası Standartlara Göre Maruziyet Limit Değerlerinin Belirlenmesi, Kontrolü Ve Denetimi Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik; 9 Ekim 2015 RG: Sayı:29497
- 5) <http://www.who.int/peh-emf/about/whatisEMF>.Erişim:27.03.2016
- 6) Şeker S, Çerezci O.: Radyasyon kışatması, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları,İstanbul,2000
- 7) Sabuncu H, Elektromanyetik radyasyonların İnsan Sağlığına Olumsuz Etkileri ve İş Sağlığı Açısından alınabilecek Önlemler –TT B– MSG Dergisi. Ekim2004

ÇALIŞMA YAŞAMIYLA İLGİLİ ÖZEL GÜNLER

Doç.Dr. Metin PIÇAKÇIEFE

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Muğla

1. Genel Bilgiler:

Bu yazıda, çalışma yaşamıyla ilgili bazı özel günlerden bahsedilecektir. Çalışma yaşamıyla ilgili ulusal ve uluslararası düzeyde kutlanan 8 etkinlik bulunmaktadır. Tüm Dünya’da, Dünya Kadınlar Günü 8 Mart, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Haftası 7-13 Nisan, Sağlıkçıya Şiddete Hayır Günü 28 Nisan, Dünya Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Günü 28 Nisan, İşçi Bayramı 1 Mayıs, İş Güvenliği Haftası 4-10 Mayıs, Çocuk İşçiliğine Karşı Mücadele Günü 12 Haziran ve Dünya Madenciler Günü 4 Aralık tarihlerinde kutlanmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışma Yaşamıyla İlgili Özel Günler

Özel günün tarihi	Özel günün adı
8 Mart	Dünya Kadınlar Günü
7-13 Nisan	Sağlık ve Sosyal Güvenlik Haftası
28 Nisan	Sağlıkçıya Şiddete Hayır Günü
28 Nisan	Dünya Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Günü
1 Mayıs	İşçi Bayramı
4-10 Mayıs	İş Güvenliği Haftası
12 Haziran	Çocuk İşçiliği ile Mücadele Günü
4 Aralık	Dünya Madenciler Günü

Bu bölümde 2 özel gün; 8 Mart Dünya Kadınlar günü ve 28 Nisan Dünya Çalışan Sağlığı Güvenliği Günü ile ilgili bilgiler derlenmiştir.

2. Kadın İşçiler: Uluslararası Kadınlar Günü, 8 Mart

2.1.Giriş:

Uluslararası Kadınlar Günü (International Women Days-IWD) tüm Dünya'nın birçok ülkesinde kutlanmaktadır. Her yıl 8 Mart'ta kutlanan ve Birleşmiş Milletler tarafından tanımlanmış uluslararası bir gündür. İnsan hakları temelinde kadınların siyasi ve sosyal bilincinin geliştirilmesine, ekonomik, siyasi ve sosyal başarılarının kutlanmasına ayrılmaktadır. Uluslararası Kadınlar Günü ilk kez Kuzey Amerika'da ve Avrupa'da yirminci yüzyılın başında işçi hareketlerinden ortaya çıkmıştır. Uluslararası Kadınlar Günü çalışma koşullarını düzeltmek için kadınların mücadelesiyle başladı ve protestolar düzenlendi. Düzenlenen protestolar siyasi bir eylem için değil, çalışma yaşamlarını iyileştirmek amacıyla yapıldı ve kadın işçilerin onurlu mücadelesi herkes için bir sembol oldu.

2.2.Tarihçe:

8 Mart 1857 tarihinde ABD'nin New York kentinde hazır giyim/konfeksiyon sektöründe çalışan kadın işçiler daha iyi çalışma koşulları, daha kısa süreli çalışma ve erkek işçilerle eşit ücret istemiyle bir tekstil fabrikasında greve başladı. Dünyanın herhangi bir yerinde çalışan kadınlar tarafından yapılmış ilk örgütlü eylemdir. Ancak polisin işçilere saldırması ve işçilerin fabrikaya kilitlemesi, arkasından da çıkan yangında işçilerin fabrika önünde kurulan barikatlardan kaçamaması sonucunda çok sayıda kadın işçi yaşamını kaybetti. 8 Mart 1908 tarihinde, yaklaşık 15000 tekstil işçisi uzun çalışma sürelerini, düşük ücreti, çocuk işçiliğinin sona erdirilmesini ve oy hakkı elde etmeyi amaç edinerek "**ekmek ve gül**" sloganı eşliğinde yürüyüş düzenledi. Slogandaki "**ekmek**" ekonomik adaleti, "**gül**" ise, daha iyi bir yaşam kalitesini temsil ediyordu.1909 yılında kadınlar henüz birçok haklara sahip olmadan önce, en azından kendilerine ait bir gün elde etmişlerdi. Bir yıl sonra Kopenhag'da Sosyalist International toplantısında, 8 Mart 1857 tarihindeki kadın işçi hareketlerinin anısına 8 Mart'ın "Internationaler Frauen tag" (International Women's Day - Dünya Kadınlar Günü) olarak anılması önerisi getirildi ve öneri kabul edildi. Ertesi yıl, 1911'de, Uluslararası Kadınlar Günü'nde işçiler çalışma hakkını, mesleki eğitimi ve ayrımcılığa son verilmesini talep ederek, Avrupa'da ilk kez kutlandı. 1912 yılında kadın işçi hareketleri Fransa, Hollanda ve İsveç gibi ülkelere yayıldı. Uluslararası Kadınlar Günü 1913-1914 yılları arasında, I. Dünya Savaşı'nı protesto etmek için aynı

zamanda barış hareketinin bir parçası olarak da kullanıldı. Rus kadınlar Şubat ayının son Pazar gününü ilk Uluslararası Kadınlar Günü'nü olarak kutladı. Avrupa'da, 8 Martta, savaşı protesto etmek ya da diğer eylemciler ile dayanışmayı sağlamak amacıyla kadın mitingleri düzenlendi.

1917 yılında,8 Mart'ta savaş sonrası ilk kez St. Petersburg'ta Rus kadınlar "ekmek ve barış" için grev yaptı. Yeni Sovyet hükümetinin bir bakanı, 8 Mart'ı tatil yapmak için yönetimi ikna etti ve kadınlara oy hakkı tanındı. 1916-1965 yılları; 1915 sonrasında, Uluslararası Kadınlar Günü İspanya ve Çin gibi ülkelerde, 1916 yılından itibaren 1930'ların sonuna kadar ise ABD'de sosyalist kadınlar tarafından zaman zaman kutlandı. 1975 yılında, Birleşmiş Milletler 8 Mart'ı Dünya Kadınlar Günü olarak ilan etti. 1977'de ise 8 Mart'ı Kadın Hakları ve Uluslararası Barış günü olarak kutlanmasını kabul eden bir karar yayınladı.

Ülkemizde ise 8 Mart Uluslararası Kadınlar Günü ilk kez 1921 yılında "Emekçi Kadınlar Günü" olarak kutlanmaya başlanmış ve halen kutlamalar devam etmektedir. Günümüzde, Uluslararası Kadınlar Günü etkinlikleri, Dünya'nın yüzlerce yerinde marşlar ve diğer faaliyetlerle birlikte kutlanmaktadır.

Yıllar önce çalışan kadınların hak arayışları sonucu elde ettikleri kazanımlara ne yazık ki yenileri eklenememiş, aksine çalışan kadınların sorunları zaman içinde daha da artmıştır. Kadın çalışanların; cinsiyet eşitsizliği, şiddete maruz kalma, istihdamdaki payının düşüklüğü, meslekte ilerleme engeliyle karşılaşma, kendilerini kanıtlamak için daha çok çalışmak zorunda bırakılma, üst yönetici olamama, siyasette temsil edilememe, iş ve aile arasındaki sorumlulukları ile ilgili dengeyi sağlayamama, aile ile kariyer arasında seçim yapmaya zorlanma, işverenle ilgili sorunlar, erkek çalışma biçimine uyum sağlama, uzun süreli çalışma, kayıt dışı çalışma, izolasyona maruz kalma, hizmetlere ulaşamama, toplumsal rol modeli olma, cinsel taciz ve saldırıyla karşılaşma...gibi çok sayıda sorunları halen devam etmektedir.

Birleşmiş Milletler'in 2015 yılında Dünya Kadınlar Günü için belirlediği teması "Kadını Güçlendirmek ve İnsanlığı Güçlendirmektir". Kadınların çalışma yaşamından kaynaklanan olumsuzlukları öncelikli olmak üzere tüm sorunlarına yönelik ivedilikle çözümlerin üretilmesini umut ediyoruz.

3.Dünya İş Sağlığı ve Güvenliği Günü, 28 Nisan

3.1.Giriş:

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 2003 yılında tüm üye ülkelere işyerinde güvenli, sağlıklı ve iyi uygulamaları teşvik etmeyi hedefleyerek "Dünya İş Sağlığı ve Güvenliği Günü" nün kutlanmasını önerdi. Kutlamaların amacı iş kazalarına ve meslek hastalığına karşı işyerlerinde koruyucu önlemlerin alınmasını sağlamak, çalışanlarda, işverenlerde, hükümetlerde, sendikalarda bu konuda sağlık ve güvenlik kültürünü oluşturmaktır. Ne yazık ki günümüzde halen tüm dünyada her yıl 2 milyon çalışan iş kazası ve meslek hastalığından dolayı hayatını kaybetmekte, her yıl 270 milyon iş kazası ve 160 milyon meslek hastalığı meydana gelmektedir. Ayrıca ek olarak ABD'de her yıl çalışma süresi kaybı, tedavi, rehabilitasyon ve tazminattan dolayı 2.8 trilyon dolar maddi kayıp oluşmaktadır. Ülkemizde de günde yaklaşık 524 iş kazası olmakta, 4 çalışan iş kazası sonucu hayatını kaybetmekte ve 5 çalışan iş kazası sonucu iş göremez hale gelmektedir.

3.2.Tarihçe:

ILO, 2003 yılında, sosyal diyalog ve geleneksel üçlü yapıdan (devlet-işçi-işveren) yararlanarak iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesi amacıyla uluslararası bir gün planladı. 2003 yılının Haziran ayında yapılan Uluslararası Çalışma Konferansı'nda; bu kutlamaların yapılmasını, ILO'nu "İş Sağlığı ve Güvenliğinin Küresel Stratejisi" olduğunu bildirdi.

2015 yılında "İş Sağlığı ve Güvenliğinde önleme kültürünün oluşmasına katıl" sloganıyla etkinlikler düzenlenmiştir. Artık iş kazalarının, meslek hastalıklarının ve işyerindeki ölümlerin bitmesini umut ederek, tüm çalışanların Dünya İş Sağlığı ve Güvenliği günü kutlu olsun.

Kaynaklar:

- 1) InternationalWomenDays.<http://www.un.org/en/events/womensday/history.shtml>.Erişim tarihi: 24.03.2015.
- 2) <https://www.uic.edu/orgs/cwluherstory/CWLUArchive/interwomen.html> .Erişim tarihi: 25.03.2015.
- 3) UN Department of Public Information, DPI/1878, January 1997.Erişim tarihi: 20.03.2015.

- 4) <http://www.womenaid.org/events/iwd/iwdeverywomen.htm>. Erişim tarihi: 26.03.2015.
- 5) UNGA Resolution 32/142, General Assembly, 32nd Session, 105th plenarymeeting, 16 December 1977, p. 158.
- 6) See "New Director-General pledgesstrongerpushby ILO on genderissues", pressrelease ILO/99/5, 8 March 1999.
- 7) "Breaking Through theGlassCeiling: Women in Management: Update 2004", ILO, Geneva, ISBN 92-2-115523-4, alsoavailable atwww.ilo.org/gender. Erişim tarihi: 21.03.2015.
- 8) http://www.ilo.org/global/publications/magazines-and-journals/world-of-work-magazine/articles/WCMS_081348/lang--en/index.htm.Erişim tarihi: 22.03.2015.
- 9) ILO Gender News.Special Issue – International Women'sDay, 8 March 2006.
- 10) <http://www.unwomen.org/en/news/in-focus/international-womens-day>.Erişim tarihi: 30.03.2015.
- 11) <http://www.un.org/en/events/safeworkday/index.shtml>
- 12) <http://www.un.org/en/events/safeworkday/background.shtm>

ÇALIŞMA YAŞAMINDA PSİKOSOSYAL RİSK ETMENLERİ

Prof.Dr. Mustafa Necmi İLHAN

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

1.Giriş:

Mesleki riskler genel olarak biyolojik, biyomekanik, kimyasal ve radyolojik riskleri kapsayan fiziksel tehlikeler ile psikososyal tehlikelerden oluşur. Uluslararası Çalışma Örgütü psikososyal tehlikeleri iş doyumu, iş örgütlenmesi ve yönetimi, çevresel ve örgütsel koşullar ile işçilerin uzmanlığı ve gereksinimleri arasındaki etkileşim temelinde tanımlamıştır. Bu etkileşimler algılanma ve yaşanma biçimleriyle işçinin sağlığı için tehlike oluşturur. Bu tehlike stres yoluyla oluşur. Ancak, psikososyal tehlikelerin stres yoluyla açığa çıkmayan doğrudan etkileri de vardır.

Fiziksel ve psikososyal tehlikelere maruziyet psikolojik ve fiziksel sağlığı etkileyebilir. Bu etkiler en az iki yolla ortaya çıkar:

- 1.Doğrudan fiziksel yol,
- 2.Psikolojik stres üzerinden,

Bu iki yol birbirinin seçeneği değildir, aksine çoğu durumda birlikte ve birbiriyle etkileşerek etkinlik gösterirler, birbirlerini tamamlar veya birbirinin etkisini güçlendirirler.

Tehlike-stres-sağlık ilişkisi ile ilgili tartışmalar çoğunlukla psikososyal tehlikelere yönelir, işin fiziksel boyutu göz ardı edilir. Oysa fiziksel tehlikelerin de hem beyin üzerindeki etkileri, yarattıkları rahatsızlık ve tehlikeye maruz kalmak nedeniyle yarattıkları kaygı ve korku üzerinden psikososyal etkileri vardır. Bu korku hem başarıyı hem de sağlığı etkiler. Bu etki işçinin tehlikeden haberdar olmasına ve tehlike hakkındaki bilgilerine bağlıdır. Bu durumda stres fiziksel ve psikososyal tehlikelere maruz kalmaya bağlı stres olarak tanımlanır.

2.Psikososyal Etmenler:

2.1.Sağlık ve Ruh Sağlığı:

Günümüzde sağlıklı olmak, yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmaması değil; beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü).

Ruh ve sosyal sağlık, beden sağlığına göre değerlendirmesi daha zor, etkilenimi daha kolay sağlık bileşenleridir. Bireysel yaşam koşulları, yaşanılan çevre ve yapılan iş, ruh ve sosyal sağlığın temel belirleyicileridir. Ruh ve sosyal sağlığın %50'ye yakın bir bölümü de iş ve çalışma koşullarından etkilenmektedir. Aşağıda iş yaşamında ruh sağlığına etki yapabilecek etmenler yer almaktadır.

- Çalışma ortamı
- Çalışma süresi
- Ücret
- Organizasyonel etmenler (vardiya, esnek çalışma vb.)
- Sendikalaşma
- Özellikli çalışanlar (çocuk, kadın, engelli vb)
- Taciz
- Stres
- Ayrımcılık, baskı

2.2.Riskli İş Kolları:

Çalışma ortamında diğer çalışanlarla teması fazla olanlar başta olmak üzere, pek çok çalışma biçimi ve etken psikososyal etmenler için risk oluşturmaktadır. Hizmet işleri, sağlık, banka, satış pazarlama temsilciliği gibi işler insanlarla iletişimin süreğen olduğu işlerdir. Bu işlerde insanlarla sürekli iletişim içinde olmak, sürekli aynı ruhsal durumu farklı insanlar ve farklı etkileşimler ile yaşamak pek çok çalışan için oldukça zor süreçlerdir.

Vardiyalı işler: Vardiyalı çalışmanın amacı, işin hiç kesilmeden devam ettiği işyerlerinde çalışanlar üzerindeki özellikle gece çalışmasından kaynaklanan riskleri azaltmaktır. Ancak vardiya değişiminin sürekli olması ile birlikte belirli bir zamandan sonra işçide duygusal ve bedensel zorlanma meydana gelebilmektedir.

Esnek çalışma: Esnek çalışma, çalışanlar için avantaj ya da dezavantaj olabilmektedir. Burada bahsedilen dezavantajlar uzamış mesai saatleri, farklı işlerin yapılması, farklı yerlerde çalışmadır. Bu uygulamalar çalışanlarda yüklenme yapabilmektedir.

Parça başı işler: Bu biçimde yapılan işlerde kişi performans kaygısı ile çalışmakta, ürettiği kadar kazanabileceği için sürekli üretim motivasyonu ile çalışmaktadır. Ancak üretmek her zaman çalışana bağlı olmayabilmektedir; elektrik kesintisi, ham madde gelmeyişi, üretilen mal ve hizmetin pazarlanamaması, çalışanın sağlık sorunu ya da iş gücünde kayıp yaşaması üretimi etkileyebilmekte ve çalışanın psikososyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır,

Vasıfsız işçiler: Vasıfsız işçiler sürekli iş ve çalışma çevresi değiştirmekte, farklı zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Öte yandan tek bir iş yerinde çalıştığında da sürekli, iş yerindeki hemen her işe koşulmaktadırlar. Bu da ciddi psikososyal etken olmaktadır.

İş yeri iklimsel ortam şartları: Çalışma ortamındaki iletişim ve ilişkiler ortamın temel belirleyicisidir. İlişkilerin fazla iç içe olması örneğin her türlü kişisel bilginin paylaşılması, ya da aşırı uzak olması örneğin kişilerin birbirlerini selamlamamaları da oldukça etkili psikososyal etmenlerdendir.

Fiziksel risk etmenleri: Çalışma ortamındaki aydınlatma, sıcaklık ve ses gibi fiziksel etmenler, çalışana doğrudan etki ederek psikososyal risk etmeni olabilmektedir. Örneğin ameliyathanede çalışan bir hekim için sürekli parlak ışık altında çalışmak riskli iken, madendeki bir kırıncı için sürekli karanlıkta çalışmak riskli olmaktadır.

2.3.İş Yerinde Psikososyal Etkenlerin Kaynakları ve Stres:

İş yerinde psikososyal etkenler stres başta olmak üzere pek çok farklı nedenden kaynaklanabilmektedir.

2.3.1.Stres:

Endişe, tahrik, uyarı, zorlama yaratan durum olarak tanımlanan stres, durumluluk ve süreklilik olarak iki biçimde değerlendirilmektedir. Durumlulukta o anda ya da yakın zaman içerisinde işin yürütümü sırasında meydana gelen stresten bahsedilebilir. Örneğin araç kullanırken kişinin çevreyi kolağan etmesi, aynalara belli

sıklıklarla bakması, dönmeden önce yavaşlaması ya da derse giren öğrencinin derse dinlemesi, not alma, ödev yapma gibi dersin gereklerini yerine getirmesi şeklinde değerlendirilebilir. Durumluluk stresi hayatın içinde olan, kaçınılması güç bir strestir. Kişinin günlük yaşamını olumsuz etkilemediği sürece çok fazla sorun olarak değerlendirilmemektedir. Süreklilikte ise kişinin yaptığı iş sonlandığında dahi hâlâ o iş ve ilişkili konularda kaygının sürmesi, örneğin evine giden bir sürücünün istirahatte dahi hâlâ aracını nasıl kullandığı ile ilgili kaygı duyması ya da dersini bitiren, dersin gereklerini yerine getiren öğrencinin evine döndüğünde hâlâ derse için kaygı duyması olarak değerlendirme yapmak mümkündür.

İşçilerin birbirleriyle, ustabaşı ve yöneticilerle ilişkileri, çatışmaların varlığı gibi kişiler arası ilişkilerde yaşanan sorunlar ciddi risk etmeni olabilmektedir.

İş yerinin yönetim şekli ve ücret politikası, çalışma süreleri, vardiya varlığı gibi organizasyonel etmenler yine psikososyal etkenler arasında yer almaktadır.

Tekrarlayıcı (repetitif) ve tekdüze (monoton) iş yapmaktan kaynaklanan iş stresi gibi işin yürütüm biçiminden kaynaklanan etmenler kişiyi olumsuz etkileyebilmektedir.

2.3.1.1. İş yerinde psikososyal etki oluşturan etmenler:

Stres çağımızda hemen tüm alanlarda karşımıza çıkmaktadır. Aşağıda iş yerinde stres yaratan etkenler sıralanmaktadır.

- Yöneten ve yönetilenlerin amaç konusundaki fikir ayrılığı
- Personel değerlendirmede belirsizlikler
- Kişiler arası rekabet, kayırmacılık, güç savaşı
- Yetki ve sorumluluk belirsizliği
- Etkin kayıt ve iletişim sistemi olmaması
- Yeni değişimler (yönetim, üretim, ücret vb.)
- Kişilik çatışmaları
- Çalışma koşulları (devam, izin, ücret vb.)
- İşin niteliği (tekdüze çalışanlarda, zaman baskısı-yöneticilerde)
- İş yerindeki konum (düzey arttıkça stres etkenleri artar, en stresli düzey orta kademedir.)

Yukarıda sıralanan etmenlerden de görüldüğü üzere iş yerinde stres yaratan pek çok farklı etken bulunmaktadır. Tüm bu psikososyal çevre etkenlerini iki başlık altında toplamak olanaklıdır.

Organizasyonel Etkenler:

- Görev ve rol belirsizliği
- Motivasyon eksikliği
- Tekdüze üretim
- Vardiya sistemi
- Çalışma süresi uzunluğu
- İş tatmini
- Yasal yetersizlikler
- Çatışmalar
- Üretim süreci hataları
- İş kazaları

Kültür ve mesleğe ilişkin etkenler:

- Genç/yaşlı olmak
- Eğitim düzeyinin artması
- Bekâr olmak
- Çocuk sahibi olmak
- İş yerine uzakta oturmak
- Kirada oturmak
- Kültürel yapı farklılıkları
- Beslenme biçimi farklılıkları
- Boş zamanları uygun değerlendirmemek

2.3.1.2.Psikososyal Etkenler ve Stres belirtileri:

Stresin erken tanınabilmesi ve alınacak önlemlerin hızla belirlenebilmesi için stres belirtilerinin bilinmesi gereklidir. Aşğıda stres belirtileri yer almaktadır. Bunlardan iki ya da daha fazla sayıda belirti bir kişide görülüyorsa, o kişide stres olduğu söylenebilir.

- Saldırganlık
- Endişe
- İlgisizlik
- Ağız kuruması
- Unutkanlık
- Sinirlilik
- Konsantrasyon güçlüğu
- Yalnızlık
- Sigara/alkol alma
- Çarpıntı

- Sık idrar yapma
- Terleme
- Az yeme/içme
- Verim azalması
- Uykusuzluk/kâbus görme
- Alınganlık
- Kendini değersiz görme
- Mevcut durumunun inkâr etme

2.3.1.3.Psikososyal Etkenler ve Stres Sonucu Ortaya Çıkabilecek Psikosomatik Bozukluklar:

Stresin devamlı olarak çalışanı etkilemesi durumunda, strese bağlı psikosomatik bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Bu bozukluklar daha çok bedensel yakınmalardır.

- Kaslarda gerilme ve ağrı
- Mide salgısında artma, bulantı, kabızlık
- Uykusuzluk, baş ağrısı, güçsüzlük, baygınlık
- Kalp vuruşunda artma
- Nefes alma sıklığında artma
- Cinsel güçsüzlük

2.3.1.4.Psikososyal Etkenler ve Stres Sonucu Ortaya Çıkabilecek Psikosomatik Hastalıklar:

Günümüzde pek çok hastalık stresle ilişkilendirilmektedir. Aşağıda bugüne kadar yapılan çalışmalarda nedenleri arasında stresin yer aldığı hastalıklara yer verilmiştir.

- Gastrit
- Hipertansiyon
- Kalp krizi
- Migren
- Ürtiker
- Astım

2.3.1.5.Psikososyal Etkenler ve Stresle Başa Çıkmayı Zorlaştıran Kişilik Özellikleri:

Stresle başa çıkmada en önemli unsur bireylerin kişilik özellikleridir. Aşağıda yer alan kişilik özelliklerine sahip olan bireylerin stresle baş edebilmeleri zordur. Üstelik bu

kişiler kendi streslerinin üstesinden gelemedikleri gibi, çevrelerinde yer alan diğer kişiler için de stres kaynağı olabilmektedirler.

- Düşmanlık duygusu baskın olma
- Kendine sürekli suçluluk payı çıkarma
- Aşırı duyarlı ve duygusal tepkileri önde olma
- Ben merkezci, egoist olma
- Olayları çok iyi / çok kötü bulma
- Olgunlaşmamış olma
- Pasif kişiler
- A tipi kişilik yapısı (pek çok konuda bilgi sahibi olmadan fikir sahibi olan kişiler)

2.3.2.Bezdirme (Mobbing):

Kökünü İngilizce ve İngiltere olan mobbing kelimesi Türkçeye bezdirme ya da yıldırma olarak çevrilebilmektedir. İngiltere’de holigan olarak da adlandırılabilen ve topluma uyum sorunu olan kişilerin kendi içlerinde birbirlerine uyguladıkları kaba davranışlardan köken alan mobbing kavramı ülkemizde de son 5-10 yıldır sıklıkla konuşulmaya başlanan bir kavram olup, aşağıda mobbing davranışlarının bileşenleri verilmektedir.

- Kendini ifade etme ve iletişim oluşumunu engelleme
- Sosyal izolasyon
- Mesleki itibara saldırı
- Niteliksiz işlerde çalıştırma
- Zorlayıcı ortam koşullarında çalıştırma

2.3.3.Psikososyal Etkenler ve Stres Yönetimi Teknikleri:

Yukarıda ayrıntılı olarak değinildiği üzere stres; çalışma yaşamının pek çok alanında karşımıza çıkmaktadır. Stressiz bir yaşam olamayacağına göre stresin yönetilebilmesi temel yaklaşım olmalıdır. Aşağıda stresin yönetilmesinde en temel unsur olan sağlıklı beslenmeden hekim tedavisine kadar bir dizi önlem sıralanmaktadır. Bunların en kolayı beslenme, egzersiz yapmaktır. Ancak stres, kişinin kendi kendine yapabileceği uygulamalar ile çözülemiyorsa iş yerinde sosyal destek sağlanması ve hekim tedavisi de gerekli olabilmektedir.

- Sağlıklı beslenme
- Fizik egzersiz ve spor
- Derin nefes alıp verme
- Gevşeme ve rahatlama hareketleri

- Sosyal yardım
- İlaç tedavisi

2.3.4.Psikososyal Etkenler ve Stres Azaltma Teknikleri:

Gerek çalışma yaşamda, gerekse günlük yaşamda stresi yönetebilmek oldukça önemlidir. Ancak daha ileri düzeydeki stresi azaltabilmek için aşağıda yer alan yaklaşımlar geliştirilebilir.

- Kendine güven eğitimi
- Çatışmaların çözümü
- Amaç ve öncelik sıralama eğitimi
- A-tipi davranışların değiştirilmesi
- Karar verme ve problem çözme ustalığı kazanma
- Zaman yönetimi ve düzenlemesi
- Psikoterapi
- Tıbbi tedavi

2.3.5.Psikososyal Etkenler ve Stresi Azaltmada Organizasyonel Yöntemler:

İşletmelerin kendi yapılarında gerçekleştireceği organizasyonel düzenlemeler stresi engellemede en temel yöntemdir ve iş sağlığı ve güvenliğinde sıklıkla kullanılan kaynakta kontrol yaklaşımı olarak değerlendirilebilir.

Aşağıda iş yerlerine stresi kaynakta kontrol amacıyla yapılabilecek organizasyonel yöntemlere örnekler verilmektedir.

- Gelişen ve değişen iş programları
- Kalite çemberleri
- İş yerinde çevre, ergonomi ve güvenlik düzenlemeleri
- Yönetimden çalışana işletmedeki tüm bireyleri kapsayan organizasyonel iletişim

2.3.6.Psikososyal Etmenlerin Ölçümü:

İş yerinde psikososyal etmenlerin ölçümü fiziksel, kimyasal, biyolojik etmenlerin ölçümüne göre oldukça güçtür. Ancak yukarıda değinildiği gibi en başta hekim muayenesi/sağlık gözetimi gelmektedir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Profesyonelleri aşağıda yer alan ölçekler ile iş yerindeki stres ve diğer psikososyal etmenler ölçülebilir.

- İş memnuniyeti ölçekleri
- Tükenmişlik ölçekleri
- İş tatmini ölçekleri
- Aidiyet ölçekleri

Tüm bu muayene ve değerlendirmelerin yanında iş yerinde çalışanların sağlık gözetimi yoluyla periyodik olarak izlenmesi ve değerlendirilmesi en etkin yönetmedir.

2.3.7.Psikososyal Etkenler ve Stresden Korunma:

Stresden korunmada en etkili yöntem ekip çalışmasıdır. İş yerinde görevli iş yeri hekimi, iş güvenliği uzmanı, iş yeri hemşiresi gibi sağlık profesyonelleri ekip anlayışı içerisinde yönetim ve çalışanlarla iletişimde bulunup, olası stres kaynaklarını belirledikten sonra iş yerinde kişisel ve sosyal destek sitemlerinin devreye alınması ve yapılan uygulamaların ölçüm araçları ile izlenmesi sağlanmalıdır.

Kavramsal model, akıl sağlığı sorunlarında en az iki önlem hedefi önermektedir:

- Çalışma çevresi
- Birey: hem kişilik özellikleri hem de mental sağlık sonuçları

Çalışanların bedensel, akılsal ve toplumsal iyilik hâlini korumak için bütünsel bir iş sağlığı politikası hazırlanmalıdır. Akıl sağlığını korumayı amaçlayan politikalar bu politikanın parçasını oluşturmalıdır. Çalışanlar, stresin etkilerinden ve kişinin stres etmenlerinden etkilenmesini önleyen farklı aşamalarda önleyen birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemleriyle korunabilir.

2.3.7.1.Birincil Koruma:

Stresle başa çıkmanın en etkili yöntemi stresi kaynağında yok etmektir. Bu amaçla işletmede strese yol açan personel politikaları değiştirilebilir; işçiler arasındaki ve işçilerle yönetim arasındaki iletişim güçlendirilebilir; yürütülen işler yeniden tasarlanıp, örgütlenebilir; özellikle alt kademelerden başlayarak işçilerin karar alma süreçlerine katılımı ve özerkliği artırılabilir. Bu yöntemlerden hangisinin seçileceği stres etmenine ve etkileme yollarına göre değişir.

Öyleyse, seçme yapmak için önce stres etmeni ve etki mekanizması belirlenmelidir. Bu amaçla birimlerde işçilere anket uygulanabilir. Anketle, öncelikli stres etmenleri ve stresten etkilenmesi olası işçiler, genel iş doyumları düzeyleri, stresle başa çıkmak için kullandıkları yöntemler ve genel sağlık sorunları saptanır. Bu saptama, örgütsel

kaynakların en doğru hedeflere, en verimli biçimde yöneltilmesini sağlar. Ayrıca, işçilerin stres düzeyi de sürekli izlenerek, alınan önlemlerin etkili olup olmadığı değerlendirilebilir. Stres düzeyi saptanırken, pek çok ülkede başarıyla kullanılan standart anketlerden yararlanılabilir. Küçük ve orta ölçekli iş yerlerinde ve özellikle büyük ölçekli iş yerlerinin sorumlu birimlerinde ise, dar gruplarla tartışma toplantıları ve yüz yüze görüşmeler yapılabilir. Bu uygulamalarda iş doyumunu, çalışma süresinin örgütlenmesi, çalışma koşulları ve çevresi, görev tanımı ve işin gerekleri, farklı işçi gruplarının işletmeden beklentileri, işçilerin arkadaşlarıyla ve yönetimle iletişim olanakları ve düzeyi ile stres arasındaki bağlantılar araştırılır. Ayrıca, işçilerden birkaç hafta boyunca iş yerinde kendilerini strese sokan olayları yazacakları bir günlük tutmaları istenir. Bu yolla işçinin stres etmenleri üzerinde düşünmesi sağlanırken, iş yerindeki stres etmenlerinin kapsamlı bir listesi de oluşturulur.

Sağlıklı ve Destekleyici Bir Çalışma Çevresi Oluşturulması:

Birincil korumanın diğer bir hedefi de, stresi günümüzün çalışma ilişkilerinin olağan ve başa çıkılabilir bir bileşeni olarak gören; yaşı, toplumsal statüsü ve işi ne olursa olsun herkesin stresten etkilenebileceğini, bunun bir zayıflık ve yetersizlik olarak görülemeyeceğini savunan ve stresten etkilenmeye başlayan işçinin bunu dile getirmesini ve buna çözüm aramasını kolaylaştıran destekleyici bir örgütsel iklimin yaratılmasıdır.

İşletme yönetimi bu amaçla, strese bağlı akıl sağlığı sorunu yaşayan kişiyi destekleyen bir örgütsel, yönetsel altyapı oluşturmalı ve bu işçilerin damgalanmasını önlemelidir:

1. İş yerinde danışmanlık ve destek birimleri kurulmalı, işçiler bu konuda bilgilendirilmelidir.
2. İşçi değerlendirme sistemine bireysel gelişimleri ile ilgili bölüm eklenmelidir.
3. Yöneticilerin ve denetçilerin işçilerin sorunlarına destekleyici bir biçimde yaklaşma ve bu sorunları daha kavrayıcı bir biçimde ele alma becerileri geliştirilmelidir.

Destekleyici bir örgütsel iklimin varlığı, işletmedeki değişikliklerden kaynaklanan yeni stres etmenlerine yönetimin daha baştan duyarlı olmasını ve etmenler sorun yaratmadan önlem alınmasını sağlayacaktır. Böylesi bir iklimin yaratılması, yönetim

ile sendikanın üzerinde uzlaştığı bir stres yönetimi programının uygulanıyor olmasına bağlıdır.

2.3.7.2.İkincil Koruma:

İkincil koruma eğitim ve öğretim ile bilinci artırma ve beceri geliştirmeyi kapsar. Stres eğitimi ve stres yönetimi, işçiye kendisindeki ve başkalarındaki stres bulgularını fark etmesinde, stresle başa çıkma becerisini geliştirmesine ve strese karşı esneklik kazanmasında yardımcı olur. Bu eğitimler çok çeşitlidir. Gevşeme tekniklerini, zaman yönetimini, sorun çözme yöntemlerini, yaşam tarzı konusundaki danışmanlığı ve planlamayı içerebilir. Bu sayede işçiye stresin psikolojik etkilerine farklı bir açıdan bakma ve bu doğrultuda kişisel bir stres yönetimi planı yapma becerisi kazandırılmaya çalışılır.

Sağlığı izleme ve sağlığın değerini artırma programları iş yerinde sağlıklı tutum ve davranışların geliştirilip yaygınlaştırılması ikincil korumayı destekleyen programlardır;

1. Düzenli aralıklı sağlık muayenelerinin süreklileştirilmesi,
2. Sağlıklı beslenme olanakları geliştirilmesi,
3. İş yerinde sportif etkinlik olanaklarının artırılması, sportif gruplar oluşturulması,
4. Kalp dolaşım sistemini destekleyen programların yaygınlaştırılması,
5. Alkole ve başta kolesterol, şeker ve tuz olmak üzere sağlıksız besinlere karşı diyet programları oluşturulması,
6. Sigara karşıtı programlar geliştirilmesi,
7. Gündelik yaşam etkinlikleri ve alışkanlıkları konularında danışmanlık hizmetleri,

2.3.7.3.Üçüncül Koruma:

İş yerinde sağlığı desteklemenin en önemli boyutlarından biri olası akıl sağlığı sorununu en erken sürede saptamak ve sorunu olan kişiyi uzman kişiyle buluşturmadır. Akıl hastalarının çoğunluğu tam olarak iyileşip, işe geri dönebilirler. Böylesi bir kişiyi erken tanı ve profesyonel yaklaşım ile geri kazanmak, hastalandığı anda tıbbi tedaviye yönlendirerek yerine aynı koşullarla sağlıklı bir kişiyi işe alıp eğitmekten daha ucuz ve insanidir.

İşletmeler iş yerinde ya da evinde sorun yaşayan işçilerin gizli bir biçimde profesyonel danışmanlık hizmetinden yararlanmasını sağlayabilir. Bu hizmeti iş yerinde görevlendirilen personel sağlayabileceği gibi, bu konuda uzmanlaşmış kuruluşlardan da hizmet alınabilir. Bilgi sağlama, danışmanlık, tedavi ve destek hizmetlerini üçüncül korumayı kapsar. Bu hizmetler verilirken gizliliğe uyulması ve 24 saat hizmet sağlanması beklenir. Bu hizmet gerçekten bu alanda uzmanlaşmış kişilerce, etik kurallara ve gizliliğe özen gösterilerek sağlanmalıdır. Bu hizmetlerin işten atılma gibi, iş yerinin sorunlarına bağlı olarak ortaya çıkan ya da özel yaşamdan kaynaklanan stresle başa çıkılmasında yararlı olabilmesi güçtür.

Üçüncül koruma; "Strese bağlı önemli akıl sağlığı sorunu yaşayan işçilerin iyileştirilmesini ve üretime geri döndürülmesini amaçlar. Üçüncül koruma ruhsal bozukluklar nedeniyle işten ayrılan bireylerin rehabilitasyonunu hedefler."

İşe Geri Dönüşün Kolaylaştırılması:

Stres nedeniyle işten kalan bir işçinin işe geri dönüşünün de stresli bir süreç olduğu bilinir. İşletmenin bu aşamada anlayışlı ve kucaklayıcı olması gerekir. İşçinin tüm boyutlarıyla yürütebilecek duruma gelip gelmediğini anlamak için işçi ile işe başlamadan önce bir görüşme yapılmalı, işçi işe başladıktan sonra da bu görüşmeler ve gözlemler sürdürülmelidir.

Yukarıda tanımlanan tüm etkinlikler işçinin bedensel ve psikolojik kaynaklarını stresli durumla ve karşılaştığı stres etmenleriyle başa çıkacak bir biçimde güçlendirmeyi amaçlar. Ancak, işletmede işçinin kişisel kaynakları ve çabası ile başa çıkamayacağı pek çok stres etmeni de vardır ya da bu etmenler sonradan etkili hâle gelebilir. İşçinin sağlığının bu etmenlerden etkilenmesini önlemek için, işletme düzeyindeki yönetsel ve örgütsel girişimlerle bu etmenlerin daha baştan etkisizleştirilmesi gerekir. Böylesi etmenlerin etkilerinin ortaya çıkmadan saptanması için de, iş yerindeki stres denetimi süreklileştirilmelidir.

Sonuç olarak stres işçinin işte fiziksel ve psikososyal nitelikli özel koşullara maruz kalması ve bu koşullarla başa çıkmakta sorun yaşayacağını görmesi duruma eşlik eder. Stres bu koşullarla başa çıkma girişimiyle ve bilme, kavrama, davranış ve fizyolojik işlevlerde değişikliklerle birlikte ortaya çıkar. Bu değişiklikler kısa zamanda vücut uyum sağlasa bile, uzun zamanda sağlığı tehdit edebilir. Stres ve ona eşlik

eden davranışsal ve psikofizyolojik değişiklikler farklı iş gereklerinin sağlık üzerindeki etkileridir.

Kaynaklar:

- 1) TC, Çalışma ve Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, Çalışma Yaşamında Sağlık Gözetimi Rehberi, 2011.
- 2) TC, Çalışma ve Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, Meslek Hastalıkları ve işle İlgili Hastalıklar Tanı Rehberi, 2011.
- 3) Ladou J, Occupational Medicine, Lange Medical Publishing, 2004.
- 4) İlhan MN, Çalışma Yaşamında Psiksosyal Risk Etmenleri, ATA-AÖF, İş Sağlığı ve Güvenliği Ders Kitabı, 2013

Göç ve Sağlık

Prof.Dr. Melikşah ERTEM

Halk Sağlığı Uzmanı, Emekli

İnsanların doğal yaşadıkları alandan başka bir yere kalıcı yada geçici olarak ayrılmasına göç denilmektedir. Göç ülke içinde olan hareket olduğunda iç-göç; uluslar arası boyut kazandığında dış-göç olarak adlandırılmaktadır. Doğal olarak yerinden yurdundan ayrılan kişi de göçmen adını almaktadır. Bugün tüm Dünyada 214 milyonu uluslararası olmak üzere 1 milyar insanın göçmen olduğu belirtilmektedir.

Göç nedenleri itici ve çekici nedenler olarak sayılmaktadır. İtici nedenler: savaşlar, afetler, açlık-kıtlık, politik kaygılar, ayrımcılık, ekonomik çöküntü durumları gibi nedenlerdir. Göçmenler yaşadıkları yerden adeta kaçarlar. Çoğu kez göç etmeye hazırlıkları yoktur. Çekici nedenler: daha iyi yaşama olanakları, eğitim, iş bulma gibi durumlardır. İtici nedenlerle göç edenlerin yeni geldikleri topluma uyumları çekici nedenlerle gelenlere göre daha zor olduğu bildirilmiştir.

Aslında göç insanların daha kaliteli bir yaşam sürmelerini amaçladığı için olumlu bir durumdur. Kırsal alandan kentlere gelen insanlar sağlık hizmetlerine daha rahat ulaşırlar, sağlık okur yazarlığı olumlu yönde etkilenir, çocuklar eğitimlerini sürdürürler, kadınların statüleri nispeten iyileşir. Ancak tüm bu olumlu gelişmeler göç hazırlıklı olarak yapılmışsa söz konusu olabilmektedir. Bu durumda göç olgusunu "olgunlaşmış (hazırlıklı) göç" ve "zorunlu göç" ikiye ayırmak gerekecektir. Olgunlaşmış göçte bireyler göç etmeden önce nerede yaşayacakları, ne iş yapacaklarının hazırlığını yaparlar. Köyleriyle bağlantıları kopmamıştır. Bazı durumlarda köyden kışlık erzakları temin edilebilir. Ancak "zorunlu göçte" (yerinden edilmişler) durum nispeten çok daha kötüdür. Güneydoğu Anadolu Bölgesinde, 1990 yılların başında köy boşaltmaları nedeniyle yaşanan göçlerde olduğu gibi göç edenlerin durumları olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bu dönemde Bölgede sıtma olgu sayısında gözle görülür artışlar, ishaller hastalık salgınları, çocuklarda malnütrisyon sıklığında artış, kızamık salgınları kaydedilmiştir. Örneğin aslında kırsal bölge hastalığı olan sıtma vakaları kent merkezlerine kayması gibi hastalık örüntülerinde de değişiklikler olabilmektedir. Tüm

bunlardan dolayı yerinden edilmiş toplum ile göçmenleri birbirinden ayırmak gerekmektedir.

Yerinden edilmişler iç çatışmalar, savaş ve bunun gibi hayatı riski sokan bir nedenle evinden barkından ayrılıp başka bir yere göç eden kişilere denilmektedir. Yerinden edilmişler çoğunlukla ülke içinde göçmendir. Bununla beraber göç bazen ülke sınırlarını aşmaktadır.

Göç Süreci ve Sağlık Etkileşimi:

Savaşlar en vahim itici neden olarak zorunlu göçlere neden olmaktadır. Göçlerin sağlığa etkisi 1. Göç öncesi dönemde, 2. Göç sırasında ve 3. Göç edilen yerde olmaktadır. Göç öncesi dönemde şiddet, yaralanmalar, politik baskılar, yoksulluk, kötü konutlar, çevresel felaketler insanların sağlığını olumsuz önde etkilemektedir. Göç etmeye zorlayıcı nedenler arasında bulaşıcı hastalık salgınlarına neden olabilen alt yapı yetersizlikleri söz konusu olabilmektedir. Savaş nedeniyle Suriye’de poliomyelit salgını bildirilmiştir. Afganistan, Irak gibi savaşın sürdüğü ülkelerde bulaşıcı hastalık salgınları rapor edilmektedir. Göç öncesi dönemde yaşanan acılar, kayıplar travma sonrası stres bozukluğu, depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarına neden olmaktadır.

Göç yolunda maruz kalınan şiddet, açlık, sıcak/soğuk/yağışlar gibi iklim şartları, kimyasal (kimi zaman kimyasal silahlar) etkenler göçmenlerin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. İŞİD’ten kaçan Ezidilerin olumsuz hava şartlarında kilometrelerce yürüyerek Türkiye’ye geldikleri basın kuruluşlarınca haber yapılmıştır. Ezidi kadınların hatta çocuk yaştaki kız çocukların cinsel saldırılara maruz kaldıkları bildirilmiştir.

Göç edilen yerlerde de göçmenleri olumsuz şartlar beklemektedir. Kabul eden ülkenin şartları göçmenler için yeterli olmayabileceği gibi göç politikaları da göçmen sağlığına olumsuz etkisi olabilir. “Göçmenler hastalık taşırlar” “Göçmenler sağlık hizmetlerine yük getirirler” “göçmenlere gereğinden fazla sosyal haklar veriliyor” gibi olumsuz mitler göçmenlerin sağlığını etkilemektedir. Sanılanın aksine göçmenler toplumun geneline göre daha sağlıklıdır ve sağlık örgütüne getirdiği yük karşılanamaz boyutlarda değildir. Göç edenler sağlıklı genç erişkinlerdir. Olumlu şartlar sağlandığında toplum sağlığına etkileri yoktur. Ancak yetersiz ve temiz olmayan su ve gıda, olumsuz yaşam alanları,

mülteci kampları, çevre sağlığı hizmetlerinin uygunsuz olması göçmenleri hastalandırır ve toplum sağlığı problemlerine neden olabilir.

Şekil 1. Göç süreci ve sağlığa etkisi



Göçmenlerin yaşadıkları sağlık sorunları:

1. Göç yolunda yaşanan ölümler: 2015 yılı ilk 10 aylık döneminde 3500 göçmenin denizlerde boğulduğu belirtilmektedir (UNHCR, 2015)
2. Göçmenlerin akut dönemde yaralanmalar, hipotermi, yanıklar gibi göç yolunda yaşanan zor şartlardan kaynaklanan sağlık sorunları olmaktadır
3. Gastrointestinal sistem hastalıklar; özellikle ishaller kötü hijyen ve beslenme şartlarıyla ortaya çıkmaktadır
4. Analıkla ilgili sağlık problemleri: gebelik, doğumların sağlık koşullarda yapılması
5. Yüksek doğurganlık, yüksek anne ve bebek ölüm hızları
6. Kalp hastalıkları, diyabet, hipertansiyon: Çoğunlukla tedaviye erişim problemleri nedeniyle şiddetlenen hastalık belirtileri. Bakım yetersizliği.
7. Şiddete maruz kalma, cinsel saldırılar ve kötüye kullanma
8. Alkolizm, sigara bağımlılığı ve diğer madde bağımlılıkları
9. Çocuklarda ishalleri hastalıklar ve solunum sistemi hastalıkları
10. Çalışma şartlarından kaynaklanan iş kazaları ve meslek hastalıkları
11. Yaşlı sağlığı problemleri

Sağlıklı Gçmen Etkisi:

Gçmenler çoğunlukla gençlerden, çalışma gücü olan kişilerden oluşmaktadır. Hareket etme yeteneği daha zayıf olan yaşlılar, kronik hastalığı olanlar geride kalırlar. Bu nedenle gçmenlerin vardıkları ülkenin sağlık gstergelerine gre daha iyi durumdadırlar. Ancak bu durum geçicidir. Gçmenlerin kalış süresi arttıka sağlık düzeyi gstergelerinde gerileme gzlenmektedir. zellikle diyabet, kalp yetmezliği, bbrek yetmezliği gibi kronik hastalıklarda artış saptanmaktadır. Gçmenlerin yaşlılık dnemlerinde evlerine kendi topraklarına dnme eğilimi de lm hızlarını yanılıcı yapmaktadır. Bu durum gçmenlerin sağlık düzeyi gstergelerini yerel halkla karşılaştırmayı güçleştirmektedir. Gçmenlerin yeme alışkanlıkları ve sağlıklı yaşam tarzı davranışları da gerek geleneklerinden gerekse g ettikleri ülkenin kültüründen etkilendiğinden sağlık üzerindeki etkisini ortaya koymayı zorlaştıran bir başka etken olmaktadır.

Bulaşıcı Hastalıklar:

Zorunlu g yada yerinden edilmiş toplumların en nemli sorunlarından biri bulaşıcı hastalıklardır. Gçmenlerin yerleştirildikleri kamplarda lm riski 60 kat arttığı ve lmlerin çoğunun bulaşıcı hastalıklarla olduğu belirtilmiştir. Yerinden edilmişlerde en sık lm nedenleri sıtma, ishalleri hastalıklar, pnmoni, Tüberküloz olduğu kaydedilmiştir. Mülteci kamplarına akut dnemde lmlerin %40'ının nedeni ishallerdir. Etyopya, Kongo, Afganistan'da kızamık salgınları saptanmış binlerce çocuğun hayatına mal olmuştur. Afrika'da çatışma ortamında saptanan lmlerin %30'unun nedeni sıtma olduğu kaydedilmiştir. Ruvanda, Brundi ve Tanzanya'da savaş nedeniyle yerinden edilmişlerde menenjit salgınları bildirilmiştir. Mülteci kamplarının en nemli sorunlarından biri de tüberküloz salgınlarıdır. Doğrudan gzetimli tedavide başarısızlık beraberinde dirençli olguları getirmektedir.

Tablo 1. Yerinden edilmişlerde saptanan bulaşıcı hastalıklar (3)

Hastalık	Düzenlenmesi gereken çevresel etken
ASYE	Kalabalık, kötü hijyen
İshaller	Kötü sanitasyon, su ve gıda hijyeni
Kızamık, difteri	Kalabalık, kötü hijyen
Sıtma	Jitlerin varlığı
Menejit	Kalabalık
Şigella, tifo, kolera, HAV	Suların, gıdaların kontamine olması, yetersiz sanitasyon, kötü hijyen
Tetanos	Kötü hijyen, yaralanmalar

Yoksulluk bulaşıcı hastalıkların en önemli belirleyicisidir. Göç eden nüfuslar genellikle yoksul ülkelerden yada savaş gibi yoksulluğa neden olan yerlerden gelmektedirler. Göç ile geldikleri yerlerde de yaşam koşulları iyileşmediğinden sorun artmaktadır. Hijyen koşullarının iyi sağlanmadığı, konutlar, yeterli ve güvenli içme ve kullanma suyuna ulaşamama, bağışıklama hizmetlerinin yetersizliği bulaşıcı hastalıkların riski artıran bazı faktörlerdir. Avrupa Birliği ülkeleri ekonomik gelişimleri sayesinde çok uzun yıllardır bulaşıcı hastalık sorunu yaşamamaktayken Tb, HIV/AIDS, hepatit, kızamık, kızamıkçık belirgin olarak Avrupa'daki göçmenlerde daha sık olarak rastlanmaktadır. Örneğin Avrupa'da yaşayan Nijeryalılarda Tbinsidansı 100binde 338'e kadar ulaşabilmektedir.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar:

Bulaşıcı olmayan hastalıkların aşağıda sıralanan özellikleri nedeniyle göçmenlerde önemli sağlık riski oluşturmaktadır.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar:

- Uzun süre hatta çoğunlukla ömür boyu bakım gerektirmesi
- Her zaman ilaç, tıbbi malzeme gereksinim duyulması
- Akut komplikasyonlar yada ataklar nedeniyle sağlık hizmetlerine gereksinim olması
- Palyatif bakım gerekliliği nedenleriyle göçmenler için ciddi sağlık riskleri doğurabilmektedir.

Diyabeti olan bir kişi göç sürecince glisemik kontrolü yetersizliği, ilaçlarına ulaşamama, reçetesini kaybetme, hekime ulaşama gibi nedenlerle sağlık durumu kötüleşebilir. Diyabetli bir kişinin açlık ve susuzluğa, uzun yürüme yada yorgunluğa, uygun olmayan konuta, ayak hijyenini de etkileyecek hijyenik olmayan ortama tahammülü çok daha sınırlıdır. Böbrek yetmezliği olup diyaliz hastaları için tüm bu durumlar daha da riskli olabilir. Amerika'da savaştan kaçan Irak, Burma ve Butanlı mültecilerin yarısından fazlasında (%51) en az bir kronik hastalık olduğu, saptanmıştır. Mülteci kamplarında hipertansiyon, kronik kas iskelet sistemi hastalıkları, diyabet, kronik akciğer hastalıkları en yaygın kronik hastalıklar olarak saptanmıştır.

Üreme Sağlığı Sorunları:

Göç eden toplumun büyük bir kısmı kadın ve çocuklardan oluştuğu düşünülürse üreme sağlığı sorunlarının görülebileceği anlaşılır. Örneğin Mülteci kamplarının %75'i kadın ve çocuklardan oluştuğu,%30'ununadölesan, %25'i üreme çağındaki kadınlar, yerinden edilmiş kadınların %20'si o anda gebe, kadınların çoğu gebeliğe ara vermek istiyor ama hizmetler sınırlı, anne ölüm riski daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde de Suriyelilerin yerleştirildiği kamplarda nüfusun %75'inin kadın ve çocuklardan olduğu raporlanmıştır. Mülteci kamplarının geçici yerleşim yeri gibi görünüp üreme sağlığı hizmetlerini öteleme eğilimi bulunmaktadır. Bugün gelinen noktada göçmen kamplarında kalış süresinin ortalama 20 yıl olduğu belirtilmektedir. DSÖ 2015 yılında, Dünyada 100 milyon kişinin acilen insani yardıma gereksinimi olduğu ve bunların 26 milyonunun kadınlardan oluştuğunu rapor etmektedir. Gelişmiş ülkelerde 4900 gebelik başına bir anne ölümü varken göçlerin yaşandığı geri kalmış ülkelerde 54 gebeliğe karşı bir anne ölümü gerçekleşmekte olduğu kaydedilmiştir. Kadınlara sunulacak üreme sağlığı hizmetleri güvenli annelik, aile planlaması, HIV/AIDS gibi genital yol enfeksiyonları taraması, şiddete karşı korunma gibi alanları içermelidir.

Türkiye'deki kamplarda Suriyeli kadınların üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmasını engelleyen bazı faktörler bulunmaktadır. Kadınlar Türk doktorlardan hizmet alma konusunda eşlerinden yada aile büyüklerinden izin almak zorundadır. İzin alınsa bile kamplardaki klinikler oldukça kalabalık ve mahremiyetin sağlanması konusunda sorunları bulunmaktadır. Uzun bekleme süreleri, üreme sağlığı danışmanlığını olumsuz etkilemektedir. Suriyeli gebe kadınların çoğu doğumlarını hastanede değil yaşadıkları

konteynırlarda yapmak istemekte bu da hem anne hem de bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir. Gebe kadınların izlemleri sistematik olmadığından yeni doğanlar risk altında olduğu saptaması yapılmıştır. Amman da göçmen kampında kalan kadınların aile planlaması hizmetlerine erişiminde sorun yaşadığı ve gebelerin %58'inin istemeden gebe kaldığı belirtilmiştir. Üreme sağlığı hizmetlerine erişim ile ilgili örnekleri artırmak mümkündür. Göçmen kadın ve adölesanların üreme sağlığı hizmetleri ihmal edilmemelidir.

Ruh Sağlığı Sorunları:

Göçmenlerde önemli bir sorun da ruh sağlığı sorunlarıdır. Tablo 2'de Dünya Sağlık Örgütüncce yapılan tahminlere göre afetlerde ruh sağlığı sorunlarındaki artışlar gösterilmiştir.

Tablo 2. Afetlerde ruh sağlığı sorunlarında artış (13)

	Afet öncesi	Afet sonrası
Ciddi psikiyatrik sorunlar (psikozlar, ciddi depresyonlar, ciddi anksiyete bozuklukları vb.)	%2-3	%3-4
Orta düzeyde sorunlar (orta düzeyde depresyon, orta düzeyde anksiyete, orta düzeyde PTSS)	%10	%15-20
Hafif sorunlar		Çok artmış

Yerinden edilmişlerde temelde 4 ruh sağlığı sorunu saptandığı belirtilmiştir. Bunlar post travmatik stres bozukluğu (uğranılan şiddet yada acılara bağlı gelişen reaksiyon), depresyon (uzamış yas gibi), existensialdilemmas.

Ruhsal sorunlar mülteci kamplarında yapılan araştırmalarda hemen göç sonrası dönemde saptanmayabilir. Ruhsal sorunlar göç olgusunun başladığı tarihten aylar hatta yıllar sonra ortaya çıkabilmektedir. Kişilerin yaşadıkları travma, gözlerinin önünde yakınlarını kaybetmiş olması, yaşanan travmanın büyüklüğü ile PTSS arasında ilişki bulunmaktadır.

Suriyeli göçmenlerde en sık saptanan ruhsal sorunlar depresyon, uzamış yas, post travmatik stres bozukluğu (PTSB) olduğu belirtilmiştir. Bunun yanında klinik olarak moral bozukluğu, güvensizlik, ümitsizlik gibi belirtilere sıkça rastlanmaktadır (15). Irak savaşı ve göçedenlerde 300 bini ağır hastalık olmak üzere, 5 milyon Iraklı'nın belirgin ruh sağlığı problemlerinin olduğu rapor edilmiştir.

Toplumun afetlere ruhsal yanıtı Şekil 2'de gösterilmiştir. Göç olgusu yada afet olgusunun hemen peşinden duygulanımlar yüksek düzeydedir. İnsan üstü gayretle başkalarına yardım etme isteği vardır. Bir süre toplum olarak afete alışmış gibi görünür. Bu dönem kısadır. Hayal kırıklıkları, geçmişi hatırlama, olayları tekrar yaşıyormuş gibi hissetme bu dönemde hakimdir. Bireyler kolayca yapabilecekleri aktiviteleri bile yapmak istemezler. Bu dönemde psikolojik destek hizmetlerine gereksinim duyulur. Kayıpları ve yaşanan olayları hatırlatacak tetikleyici olaylar duygulanım dalgalanmalarına neden olur. Afet sonrası dönemde bazı kişiler bu evreden çıkamayabilir. Çoğunlukla bir süre sonra yeni başlangıçların hakim olduğu dönem başlayacaktır. Önemli bir afet olan savaş ve göçlerde de ruhsal sıkıntılar çöküntüler, depresyon hali görülmesi beklenmektedir.

Şekil 2. Toplumun afetlere yanıtı (17)



Göç nedeniyle yerinden edilmişlerde alkol ve sigara kullanımında da artış söz konusu olabilmektedir. Göç nedeniyle kamplarda yaşayan Irak ve Suriyelilerde yapılan çalışmada gençlerin yarısının son bir haftada 5 defa alkol aldıkları rapor edilmiştir. Sağlık çalışanları ve sosyal çalışmacılar madde bağımlılığı, alkol ve sigara bağımlılığı konusunda çalışmalar planlamalıdır.

Şiddet:

Göç ile birlikte oluşan ruhsal sorunların başında şiddet olgusu gelmektedir. Kadınlara yönelik şiddet göç öncesi dönemde başlamakta göç süreci ve göç sonrası dönemde sürmektedir. Savaş dönemlerinde kadınları saldırıya ve tecavüze uğramaları söz konusudur. Yine özellikle yalnız yaşayan kadınların saldırıya uğraması riski daha fazladır. Suriyeli kadınlar göç ettikleri ülkelerde erken yaşta evlendirilerek, kimi zaman yaşamsal gereksinilerini karşılamak için cinsel saldırıya uğradıkları belirtilmektedir. Cinsel şiddet tiplerinden biri olan erken yaş evlilikleri 2013 ve 2014 yılında Suriye’li kadınlar arasında ciddi bir artış göstermiştir. Aileler çocukların güvenliğini sağlamak, aile onurunu korumak için kız çocuklarını erkenden evlendirmektedir. Göç eden adölesan kadınlar cinsiyet ayrımcılığı temelinde saldırıya uğrayabilmekte, aile onuru için katledilebilmekte, ev içi şiddete maruz kalabilmekte, zorla evlendirilebilmektedir ve hükümetler bu durumları çoğunlukla engelleyememektedir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları:

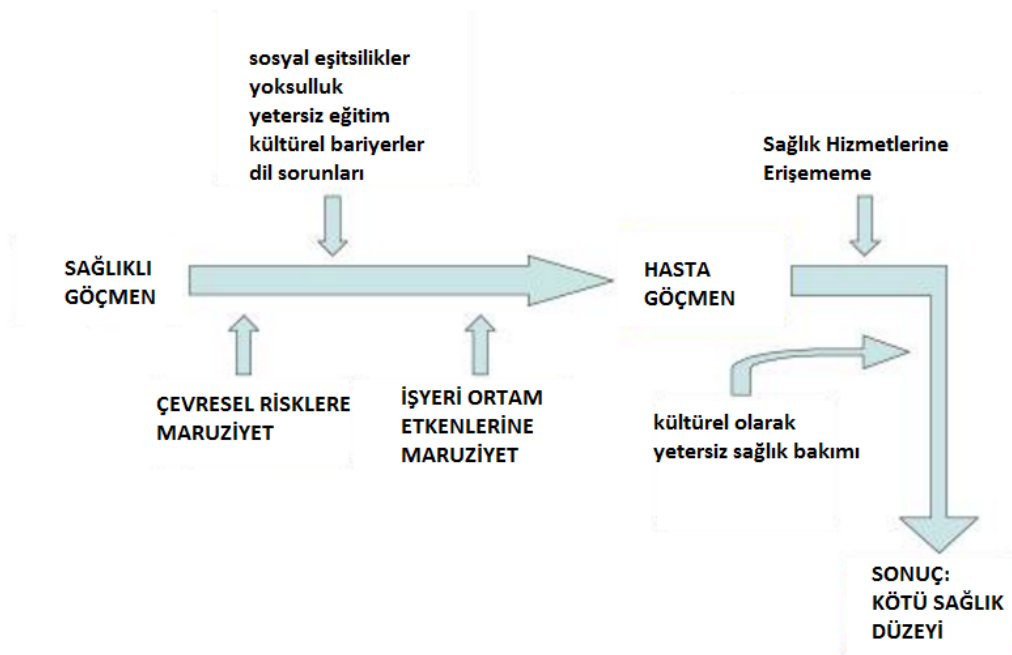
Göçmenlerin çalışma şartları, hangi işlerde çalıştıkları da üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Düzensiz göçmenler pek çok ülkede kayıt dışı çalıştırıldıklarından sosyal güvenceden yoksun, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerine erişimi sınırlı kalmaktadırlar. Kayıtdışı çalışan göçmenler 5 farklı grupta değerlendirilebilir. Bunlar:

1. Ülkeye girişleri yasal, buna karşılık, çalışmaları yasa dışı olanlar
2. Ülkeye yasa dışı yollardan giriş yapmış ve kayıtdışı olarak çalışanlar
3. Ülkeye yasal yollardan giriş yapan, vatandaşlığa geçmek için müracaat etmiş olup cevap bekleyen ve İkamet Tezkeresi ile oturanlar
4. Ülkeye yasal yollardan giriş yapmış ve bir başka ülkeye geçmek/sığınmak isteyenler
5. Ülkede mülteci olarak yaşayan ve çalışanlar

Kayıt dışı olarak çalıştırılan yabancıların hemen hepsi sağlık riskleri taşımaktadır. Bunun yanında diğer gruplara göre daha zor durumda olan 1. ve 2. gruptakiler kayıt dışı istihdam edilmekte, çalışma izinleri de bulunmamaktadır. Bu sebeple, ucuz iş gücü olmaları yanında en zor ve sağlık riskleri en yüksek işlerde çalıştırılmaktadır. Doğal olarak sosyal güvenceden de yoksundurlar.

Göçmenlerin sağlığının olumsuz yönde etkilenmesinin nedenleri Şekil 3'de özetlenmiştir. Aslında göçmenlerin çoğu sağlıklıdır. Ancak yaşam ve çalışma şartlarının kötülüğü sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve kültürel faktörler çalışanların sağlık hizmetlerinden yararlanımını olumsuz yönde etkilemektedir.

Şekil 3. Göçmenlerin sağlığının etkilenmesi (22)



Göç edilen yerde göçmelerin sağlıklarına olumsuz etki eden faktörler ve çözüm önerileri:

1. Göçmenler sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır: Aile hekimine kayıtlı olmayan kişilere sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağı belirsizdir. Bu hizmet için Sağlık Bakanlığının açık bir uygulaması bulunmamaktadır.
2. Ülkemizde göçmenlerle ilgili dışlayıcı politikalar uygulanmaktadır. Mülteci statüsünde olamayan kayıt dışı kalan göçmenlerin çalışma izinleri ve oturma

izinleri bulunmamaktadır. Bu nedenle sisteme entegre olamamakta, kayıt dışı olarak oldukça olumsuz şartlarda çalıştırılmaktadırlar. Uzun çalışma saatleri, düşük ücret, yüksek riskli işlerde ve sağlık-sosyal güvencesiz çalışma, şiddete maruz kalma söz konusu olabilmektedir.

3. Hastanelerimiz göçmen dostu değildir. Göçmen dostu hastane olmak bir yana kimi zaman göçmenler sağlık turizmi kapsamında işlem görebilmekte, hastane masrafları yıkıma neden olabilmektedir. Göçmen dostu hastane kavramı ülkemizde bulunmamaktadır.
4. Ülkemizde göç ve sağlık ile ilgili belirlenmiş bir politika ve buna uygun stratejiler mevcut değildir. Göçmenlerle ilgili Tablo 1’de özetlendiği gibi içselleştirici politika uygulanmalıdır.
5. İletişim ve bilgilendirme sorunları sağlığı olumsuz yönde etkileyen faktörlerdendir. Sağlık hizmetleri sunulurken sadece tercüman değil aynı zamanda kültürel farklılıkları düzelteren kültürel arabulucuların kullanılması gerekmektedir.
6. Toplum sağlığına yönelik eğitimlerde kullanılacak olan afiş, ilan, broşür, sunular uygun dilde ve göçmenlerin kültürüne uygun hazırlanmalıdır.

Tablo 3. Göçmenlerle ilgili uygulanması gereken politika ve geleneksel yaklaşım karşılaştırılması

Geleneksel yaklaşım	Olması gereken yaklaşım
Dışlama	Kabullenme
Hastalıkların kontrolü	Eşitsizlikleri azaltma
Göç alan toplumu koruma	Sağlık ve güvenlik sisteminden yararlanma yollarını bulma
Sadece sağlık alanı	Çok sektörlü yaklaşım

Göçmenlere sunulacak sağlık hizmetlerinin stratejileri aşağıdaki gibi olmalıdır.

1. Göç edenlerin sağlığının izlenmesi
2. Göç edenlerin sisteme entegrasyonunu sağlayacak uygun yasa, kurum ve kuruluşların kurulması
3. Sağlık sisteminin göç edenleri kapsayacak şekilde düzenlenmesi
4. Göç edenlere hizmetlerin planlanmasında çok sektörlü yaklaşımın uygulanması

Kaynaklar:

- 1) WHO Migration and Health http://www.who.int/hac/techguidance/health_of_migrants/en/ (erişim tarihi: 27.08.2016)
- 2) Samantha L Thomas, Stuart DM Thomas. Displacement and health. *British Medical Bulletin* 2004; 69: 115–127
- 3) Maire A Connolly, Michelle Gayer, Michael Ryan, Peter Salama, Paul Spiegel, David Heymann. Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. *Lancet* 2004; 364: 1974-83.
- 4) WHO Determinants of Health Migration. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292117> (erişim tarihi: 22.07.2016)
- 5) Katherine Yun, Kelly Hebrank, Lauren K. Graber, Mary-Christine Sullivan, Isabel Chen, Jhumka Gupta. High Prevalence of Chronic Non-Communicable Conditions Among Adult Refugees: Implications for Practice and Policy. *J Community Health*. 2012 October ; 37(5).
- 6) Amara AH¹, Aljunid SM. Noncommunicable diseases among urban refugees and asylum-seekers in developing countries: a neglected healthcare need. *Global Health*. 2014 3;10:24. 24.
- 7) The Johns Hopkins and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Reproductive Health Care. Public health guide for emergencies kitabından Chapter 4
- 8) Amanda Jessen. The Government of Turkey and Syrian Refugees: A Gender Assessment of Humanitarian Assistance Programming. Georgetown Institute for Women, Peace & Security | Washington, DC | September 2013
- 9) World at war. UNHCR global trends. Forced displacement in 2014. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2015
- 10) <http://www.who.int/reproductivehealth/news/srhr-emergencies/en/> erişim: 25.08.2016
- 11) Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015.
- 12) UNHCR Baseline Study: Documenting Knowledge, Attitudes and Practices of Iraqi Refugees and the Status of Family Planning Services in UNHCR's Operations in Amman, Jordan. 2011. <http://www.unhcr.org/protection/health/4e8c0c419/baseline-study-documenting-knowledge-attitudes-practices-iraqi-refugees.html>
- 13) World Health Organization & United Nations High Commissioner for Refugees. Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for major humanitarian settings. Geneva: WHO; 2012.

- 14) Hermansson AC, Timpka T, Thyberg M. The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. *J NervMent Dis* 2002; 190: 374–80
- 15) Acarturk C, Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., & Aker, T., EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of a pilot randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology* 2015; 6: 27414.
- 16) David Satcher, Sharon Friel, Ruth Bell. Natural and Manmade Disasters and Mental Health. *JAMA*, December 5, 2007—Vol 298, No. 21.
- 17) Courtesy of U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]: Training manual for mental health and human services workers in major disasters, ed 2, Washington, DC, 2000, SAMHSA. Available at http://mentalhealth.samhsa.gov/dtac/CCPtoolkit/Phases_of_disaster.htm.
- 18) Berns J. Syrian refugee access to care study: medical service need among post-emergency Syrian refugees in Dohuk Governorate, Kurdistan Region, Iraq. Erbil: World Health Organization and Ministry of Health, Kurdistan Regional Government, Iraq; 2014.
- 19) *Stephanie Parker* Hidden crisis: violence against Syrian female refugees. *Lancet* 2015, 385; 2341-2.
- 20) UNICEF. A Study on early age marriages in Jordan 2014
- 21) Susan Martin, Donald G. Herzberg. "Migration and Youth: Challenges and Opportunities" Edited by Jeronimo Cortina, Patrick Taran and Alison Raphael (Global Migration Group), 2014 UNICEF
- 22) Pracha P. Eamranond, Howard Hu. Environmental and Occupational Exposures in Immigrant Health. *Environ Health Insights*. 2008; 1: 45–50.